FACULTE DE MEDECINE DE DIJON

Année 1976 - N° 30

LES ASSOCIATIONS RADIO-CHIRURGICALES DANS LE TRAITEMENT DES METASTASES GANGLIONNAIRES CERVICALES DES CARCINOMES CERVICO-FACIAUX.

A propos de 154 évidements lymphatiques ganglionnaires cervicaux pratiqués chez 127 malades de mars 1972 à Mars 1975

Etude faite au Centre Georges-François LECLERC

21000 DIJON

Directeur : Professeur CABANNE.

THESE

présentée

à la Faculté de Médecine de DIJON

et soutenue publiquement le 19 Mars 1976

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

LE DORZE Christian
né le 27 Juin 1951
à Pnom - Phen (Cambodge)

FACULTE DE MEDECINE DE DIJON

Année 1976 - N°

LES ASSOCIATIONS RADIO-CHIRURGICALES DANS LE TRAITEMENT DES METASTASES GANGLIONNAIRES CERVICALES DES CARCINOMES CERVICO-FACIAUX.

A propos de 154 évidements lymphatiques ganglionnaires cervicaux pratiqués chez 127 malades de mars 1972 à Mars 1975

Etude faite au Centre Georges-François LECLERC

21000 DIJON

Directeur : Professeur CABANNE.

THESE

présentée

à la Faculté de Médecine de DIJON

et soutenue publiquement le 19 Mars 1976

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

LE DORZE Christian

né le 27 Juin 1951

à Pnom - Phen (Cambodge)

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

PERSONNEL DE LA FACULTE

M. J.B. BOUHEY : Doyen
M. A. MARIN : Assesseur
M. R. PUTELAT : Assesseur
M. J.P. DIDIER : Assesseur
M. J. GUERRIN : Assesseur

M. J. GUYOT : Professeur honoraire
M. F. BARON : Professeur honoraire
Mlle G. PALLOT : Professeur honoraire

Professeurs titulaires.

Anatomie et organogénèse : P. BARRY

Biochimie : P. PADIEU
Biophysique : P. GAILLIARD

Carcinologie : F. CABANNE, Doyen Honoraire

Clinique chirurgicale : H. VIARD
Clinique médicale : P. CORTET

Clinique obstétricale et gynécologique : J. JAHIER

Clinique médicale infantile : M. ALISON

Clinique neuropsychiatrique : J. BALLIVET

Hépatologie-gastro entérologie : Cl. KLEPPING

Histologie : G. RUCART

Maladies infectieuses : F. DESTAING

Médecine légale et toxicologie : A. MARIN

Pathologie chirurgicale : C. FERRY

Pathologie médicale : R. PUTELAT

.../

Physiologie : J. KLEPPING

Sémiologie Médicale : J.B. BOUHEY

Professeurs sans chaire.

Anatomie pathologique : R. MICHIELS

Biochimie : J. DEDREUX

Médecine préventive et Santé publique, Hygiène : M. CARON

Parasitologie : Mme Y. ROUGET

Chirurgie générale : P. AUPECLE

Radiologie (Radiodiagnostic) : J.P. MABILLE

Maîtres de Conférences agrégés.

Anatomie & Organogénèse : J.M. AUTISSIER

Anesthésiologie : B. CAILLARD

Bactériologie, virologie : A. KAZMIERCZAK

Carcinologie : J. GUERRIN

Chirurgie générale : S. BRIET
G. PIGANIOL

Chirurgie thoracique et Cardio-vasculaire : M. DAVID

Gynécologie & Obstétrique : J. SALASC
J.P. FELDMAN

.../

Hématologie et Maladies du sang : A. DUZER

Médecine expérimentale, Immunologie : F. MARTIN

Médecine interne : M. GAUDET
P. LOUIS

Néphrologie: G. RIFLE

Neurochirurgie : A. THIERRY

Neurologie : A. DUMAS

Orthopédie, Traumatologie, Chirurgie plastique et reconstructive : P. GRAMMONT

Parasitologie : P. CAMERLYNCK

Pédiatrie & Génétique médicale : J.L. NIVELON

Pharmacologie : A. ESCOUSSE

Physiologie : J.P. DIDIER

Pneumologie, Phtisiologie : L. JEANNIN

Radiologie, radiodiagnostic : M. WEILLER
D. BINNERT

Radiologie, radiothérapie : J.Cl. HORIOT

Rhumatologie : J. STRAUSS

Agrégés libres.

Dermatologie, Vénéréologie : J.L. CHAPUIS

Ophtalmologie : P.G. MOREAU

Urologie : R. GAYET

.../

La Faculté de Médecine de Dijon déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner ni approbation , ni improbation.

- JURY DE LA THESE -

Président : Pr FERRY

Membres : Pr AUPECLE

Pr MABILLE

Pr. Ag. HORIOT

Docteur CHESSEBEUF

Docteur GONIN

Je dédie cette thèse,

A MA FEMME NATHALIE

En témoignage de ma très profonde affection.

A MES PARENTS

Ceci est bien peu pour tout ce qu'ils m'ont donné.

A MES BEAUX-PARENTS,

A TOUTE MA FAMILLE ET BELLE-FAMILLE,

A MES AMIS.

En témoignage de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur CABANNE.

Avec mes remerciements respectueux pour la bienveillance avec laquelle il m'a accueilli au Centre Georges-François Leclerc, me permettant ainsi de me former dans un domaine qu'il illustre hautement.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de ma très vive reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur C. FERRY.

L'extrême bienveillance de son accueil lors de mon premier stage hospitalier m'a profondément marqué.

Depuis, j'ai sans cesse admiré son immense savoir et la clarté de son esprit.

Qui m'a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon respectueux attachement.

A Monsieur le Professeur P. AUPECLE.

J'ai été conquis par sa grande expérience chirurgicale et humaine ainsi que par la vivacité de son esprit.

Qui m'a toujours accueilli avec patience et bonté malgré une occupation intense.

Je le remercie vivement de l'honneur qu'il a bien voulu me faire en acceptant de juger ce travail.

A Monsieur le Professeur J.P. MABILLE.

La précision de son esprit et l'étendue de ses connaissances ont suscité ma profonde admiration au cours de mes années d'étude.

Qui m'a accueilli avec une extrême gentillesse dans son enseignement de radiologie.

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de ma sincère gratitude.

A Monsieur le Professeur Agrégé J. Cl. HORIOT.

Qui me dispense quotidiennement un enseignement éminent et une précieuse attention.

Son sens clinique et sa rigueur thérapeutique seront toujours pour moi un exemple.

Qui m'a fait l'honneur de m'inspirer et de me confier les documents de base de ce travail.

Qui m'a si souvent guidé au cours de sa réalisation.

Qu'il veuille bien accepter l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond attachement.

A Monsieur le Docteur L. CHESSEBEUF,

Le passage dans son service m'a fait découvrir une spécialité qui n'a jamais cessé de me passionner depuis.

Qu'il me soit permis ici de lui dire toute ma reconnaissance et mon profond respect.

A Monsieur le Docteur M. GONIN,

La qualité de son enseignement pratique et de ses interventions chirurgicales, notamment dans la sphère ORL resteront toujours pour moi un exemple.

Pour ses conseils et ses documents qui me furent si utiles pour l'élaboration de ce travail.

Avec toute ma reconnaissance.

Aux médecins du Centre Georges-François Leclerc :

Monsieur le Professeur Agrégé J. GUERRIN.

La qualité de son enseignement et l'étendue de ses connaissances ont suscité ma profonde admiration.

Ses conseils sont toujours pour moi une aide précieuse.

Qu'il trouve ici le témoignage de ma sincère gratitude.

Monsieur le Docteur M. KOECHLIN.

La gentillesse avec laquelle il me prodigue quotidiennement son expérience clinique et humaine sera toujours pour moi un exemple.

Qu'il me soit permis de lui dire ici toute ma reconnaissance.

Monsieur le Docteur H. BASTIEN,

Monsieur le Docteur S. JANPOLIS,

Madame le Docteur G. PIPARD.

En témoignage de ma profonde reconnaissance.

Je remercie également le personnel des archives, en particulier Madame S. MELIN pour le dévouement qu'elle m'a accordé dans l'élaboration de ce travail.

TABLE DES MATIERES

Introduction p 1 - p 2

Historique p 3 - p 4

Situation générale de l'étude p 5 - p 11

Modalités thérapeutiques p 12 - p 17

Curages ganglionnaires cervicaux planifiés effectués avant radiothérapie :

- Observations p 18 - p 78
- Analyse du 1er groupe p 79 - p 93

Curages ganglionnaires cervicaux planifiés effectués après radiothérapie :

- Observations p 94 - p 116
- Analyse du 2e groupe p 117 - p 125

Curages ganglionnaires cervicaux pour récidive clinique ganglionnaire après radiothérapie exclusive

- Observations p 126 - p 137
- Analyse du 3e groupe p 138 - p 144

Discussion p 145 - p 154

Conclusions p 155 - p 156

Bibliographie p 157 - p 164

INTRODUCTION

Pendant de nombreuses années suivant la description par CRILE en 1906 du traitement chirurgical des métastases ganglionnaires des carcinomes cervico-faciaux, chirurgiens et radiothérapeutes posèrent leurs indications thérapeutiques isolément, leurs efforts s'attachant principalement à l'amélioration de leur propre technique. La notion d'association radio-chirurgicale ne vit le jour que beaucoup plus tard.

Chacun de nos malades présentant un carcinome cervico-facial est examiné depuis le mois de mars 1972 dans une réunion multidisciplinaire où chirurgiens, radiothérapeutes et médecins décident le protocole thérapeutique. Il nous a semblé intéressant d'étudier les apports des associations radio-chirurgicales dans le traitement des métastases ganglionnaires des carcinomes cervico-faciaux de mars 1972 à mars 1975, les derniers malades traités présentant une évolution de un an.

Nous excluons de notre analyse les évidements ganglionnaires cervicaux pratiqués au cours de l'évolution des maladies suivantes : Carcinome thyroïdien, carcinomes cutanés de la face, lymphones hodgkiniens et non hodgkiniens, carcinomes n'appartenant pas à la région ORL.

455 malades ont été traités au Centre Georges-François Leclerc à Dijon pour un carcinome cervico-facial de mars 1972 à mars 1975.

Notre étude porte sur 154 évidements lymphatiques ganglionnaires cervicaux réalisés chez 127 malades pendant la même période.

L'ensemble est assez homogène, car chaque malade a été examiné par une équipe multidisciplinaire décidant alors le bilan clinique et paraclinique à pratiquer et posant les indications thérapeutiques. L'acte opératoire a toujours été effectué par le Professeur P. AUPECLE et le Docteur M. GONIN ou sous leur surveillance effective. Chaque pièce

d'exérèse opératoire a été examinée au laboratoire d'anatomie-pathologique par le Docteur H. BASTIEN. La radiothérapie a toujours été réalisée par le Professeur J. Cl. HORIOT ou sous sa responsabilité directe. Les consultations de surveillance des malades ont été faites par les différents membres de l'équipe.

Les diverses séquences thérapeutiques nous ont amené à diviser l'ensemble des malades en trois groupes pour une analyse plus précise du statut carcinologique initial des patients, des modalités thérapeutiques appliquées, des constatations anatomo-pathologiques, des évolutions carcinologiques observées tant sur le plan global que local et des complications et séquelles à déplorer.

- Le premier groupe comprend 82 malades chez qui le curage ganglionnaire a été effectué avant tout autre traitement.
- Le deuxième groupe de 29 malades correspond aux curages ganglionnaires planifiés avant tout traitement, mais pratiqués après la radiothérapie.
- Le troisième groupe enfin permettra d'étudier les curages ganglionnaires indiqués après un échec ganglionnaire clinique de la radiothérapie.

HISTORIQUE

Dès 1906, CRILE démontra les avantages de l'exérèse chirurgicale des ganglions et des canaux lymphatiques drainant un cancer cervico-facial. D'autres types d'interventions chirurgicales avaient déjà été pratiquées à ce niveau, mais sans protocole opératoire précis. Il fut le premier à réaliser un évidement ganglionnaire radical comme HALSTED l'avait déjà proposé dans les carcinomes mammaires. Cette technique fut vivement critiquée car elle était souvent accompagnée d'une mortalité per et post-opératoire très élevée, supérieure à 10 %.

Parallèlement, COUTARD, puis BACLESSE démontraient l'efficacité de la radiothérapie dans le traitement à visée curative de ces métastases ganglionnaires cervicales.

L'amélioration de l'anesthésie et de la technique chirurgicale redonna prépondérance au curage ganglionnaire cervical radical qui était toujours pratiqué de façon isolé : Ce fut en France l'apport des travaux de ROUX-BERGER en 1939, DARGENT en 1946 [13] , et REDON en 1946 [56,57] . Aux Etats Unis, d'autres séries furent publiées : HAYES-MARTIN en 1962, BEAHRS en 1962 [5] , REED en 1970, KRAUSE en 1971 [44] et KERTH en 1973 [42].

Les travaux de HANKS et WIZENBERG aux Etats-Unis et de BATAINI en France décrivaient les améliorations techniques obtenues en radiothérapie.

Chaque modalité thérapeutique était toujours utilisée isolément et présentait ses propres limites : l'évidement chirurgical isolé entrainait 20 à 30 % de récidives cervicales tandis que l'irradiation seule, si elle voulait être efficace, s'entachait de nombreuses complications et séquelles.

Certains mirent en pratique l'association de ces deux moyens thérapeutiques, en particulier LEROUX-ROBERT en 1950 [45], et WOOKEY en

1951, rapidement suivis par FLETCHER [22,25] et MAC COMB [46,47] . Il naissait alors la notion d'équipe pluridisciplinaire et de tactique thérapeutique adoptée en fonction de multiples facteurs.

On nota une amélioration des résultats finaux, bien que les modalités de ces associations radio-chirurgicales aient été différentes suivant les équipes de FLETCHER en 1963 [22,23], POWERS en 1965, HENSCHKE en 1966 [32,33], CATLIN en 1966 [11] et LINDBERG en 1968 [24] . Les complications restaient en revanche toujours à un taux trop élevé, car chaque technique utilisait ses moyens au maximum :il s'agissait d'un évidement ganglionnaire cervical radical associé à une radiothérapie à doses tumoricides.

FLETCHER en 1971 et 1973 [22,23] démontrait l'amélioration obtenue au niveau des complications et des séquelles sans affecter le résultat carcinologique en utilisant des doses d'irradiation plus modérées.

Un autre problème était celui de la séquence thérapeutique à adopter. Certains pensèrent que la radiothérapie pré-opératoire présentait des avantages : ce fut le cas de BIEDORN en 1962 et de HORA en 1966 [35] .

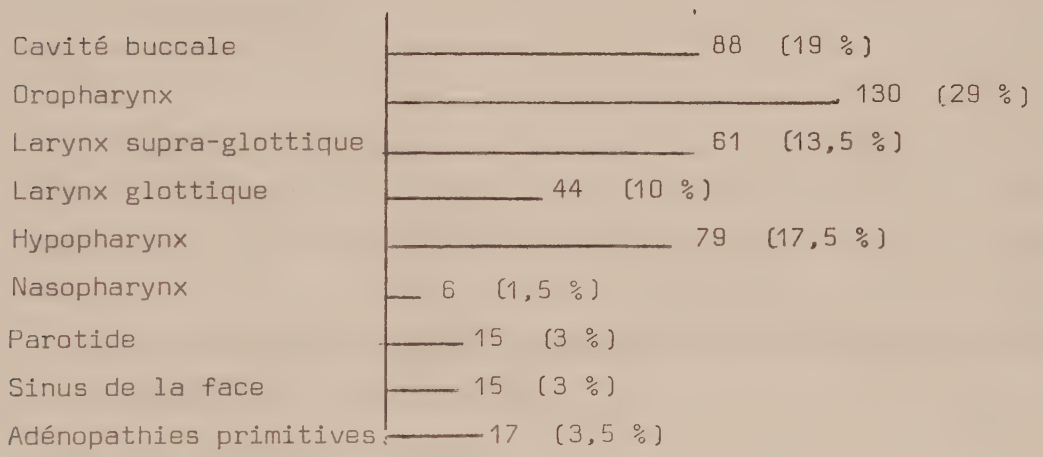
Actuellement, la décision thérapeutique dépend essentiellement :

- du siège et de l'étendue de la lésion primitive,
- de l'état clinique ganglionnaire,
- de l'âge et du devenir carcinologique du patient.

SITUATION GENERALE DE L'ETUDE

455 malades ont donc été traités au Centre Georges-François Leclerc pour un carcinome cervico-facial de mars 1972 à mars 1975. Etudions tout d'abord le statut carcinologique initial de ces malades.

1 - Localisation de la lésion primitive :



2 - Localisation des adénopathies lors du premier examen clinique :

- 233 malades ne présentaient pas de ganglions cliniquement palpables:

  233 N_0 soit 52 % des malades.

- 222 malades présentaient des adénopathies considérées comme envahies à l'examen clinique :

  222 N_x soit 48 % des malades.

On remarque déjà le nombre relativement important de malades indemnes de tout envahissement clinique ganglionnaire.

Ces adénopathies étaient bilatérales chez 60 patients et unilatérales chez 162 patients.

adénopathies homolatérales dans 141 cas,
adénopathies controlatérales dans 21 cas.

Ces adénopathies étaient mobiles chez 118 malades et avaient été considérées comme fixées à l'examen clinique chez 104 malades. Nous étudierons les problèmes que pose la notion de fixation au moment de l'indication thérapeutique.

3 - *Classifications utilisées pour les malades porteurs d'un carcinome cervico-facial.*

Nous adoptons pour chaque cas clinique les classifications préconisées d'une part, par l'Union Internationale Contre le Cancer et d'autre part, par l'équipe de Gilbert H. FLECHTER du MD Anderson Hospital (Houston).

Classification UICC des adénopathies régionales des carcinomes malpighiens cervico-faciaux.

N_0 : pas d'adénopathie palpable.

N_1 : adénopathie homolatérale mobile.
- N_1a : ganglions considérés comme non envahis.
- N_1b : ganglions considérés comme envahis.

N_2 : adénopathie controlatérale ou bilatérale mobile.
- N_2a : ganglions considérés comme non envahis.
- N_2b : ganglions considérés comme envahis.

N_3 : adénopathie fixée.

Classification MDAH (M.D. Anderson. Hospital) des adénopathies régionales des carcinomes malpighiens cervico-faciaux.

N_0 : pas d'adénopathie palpable,

N_1 : adénopathie unique, mobile, de diamètre inférieur à 3 cm.

N_2A : adénopathie unique, mobile, de diamètre supérieur à 3 cm.

N_2B : adénopathies homolatérales multiples, mobiles.

N_3A : adénopathies unique ou multiples, unilatérales , fixées.

N_3B : adénopathies bilatérales, fixées ou mobiles.

Ces deux modèles d'évaluation clinique de la maladie, s'ils ne diffèrent que peu pour la classification de la lésion primitive (il existe moins de stades T_4 dans la classification UICC), sont nettement plus différents pour le stade d'envahissement ganglionnaire. En effet, alors que la classification UICC tient compte des caractères d'homolatéralité, de controlatéralité et de fixité de façon globale, la classification MDAH prend en compte le volume de la ou des adénopathies retrouvées. Nous verrons l'importance qu'il faut attacher à la taille de l'adénopathie sur le plan thérapeutique et pronostique. Elle ne fait d'autre part, pas état du caractère subjectif que constitue le fait de considérer comme pathologique ou non pathologique une adénopathie.

Il faut noter que ne sont pas prévus dans ces classifications les carcinomes de la parotide et des sinus de la face.

4 - *Stades cliniques UICC et MDAH des 455 malades porteurs d'un carcinome cervico-facial* :

Ils sont résumés dans les deux tableaux de la page suivante.

T \ N	0	1a	1b	2a	2b	3	TOTAL
0	0	0	8	0	0	9	17
1	45	0	7	0	0	4	56
2	73	0	31	0	2	9	115
3	64	0	43	0	14	41	162
4	27	0	2	0	5	41	75
TOTAL	209	0	91	0	21	104	425

Classification UICC

T \ N	0	1	2A	2B	3A	3B	TOTAL
0	0	1	6	1	7	2	17
1	45	4	3	0	2	2	56
2	73	17	13	3	6	3	115
3	64	21	18	10	16	25	154
4	27	7	5	3	13	28	83
TOTAL	209	50	45	17	44	60	425

Classification MDAH

Parmi les 30 malades présentant un carcinome non prévu par les classifications, 24 étaient N_0, les 6 autres portaient des adénopathies homolatérales mobiles.

5 - *127 malades ont subi un curage ganglionnaire cervical pendant la même période : Etudions leur statut général.*

Sexe : 120 hommes (94 %)
7 femmes (6 %)

Age :

30-40 ans	5 (4 %)
40-50 ans	24 (19 %)
50-60 ans	58 (46 %)
60-70 ans	24 (19 %)
70-80 ans	15 (11 %)
80 et plus	1 (1 %)

Localisation de la lésion primitive :

Oropharynx	18 (14 %)
Cavité buccale	28 (22 %)
Larynx sus-glottique	17 (13 %)
Larynx glottique	4 (3 %)
Hypopharynx	37 (29 %)
Nasopharynx	1 (1 %)
Sinus de la face	3 (3 %)
Parotide	5 (4 %)
Adénopathies primitives	14 (11 %)

Première localisation ganglionnaire :

* 23 malades étaient N_0
soit 18 % des malades ayant eu un curage
10 % des malades ORL N_0

* 104 malades présentaient des adénopathies à l'examen clinique.
soit 82 % des malades ayant eu un curage.
48 % des malades ORL présentant des adénopathies.

× adénopathies - bilatérales : 26 — 25 % des N^+
20 % des malades
- unilatérales : 78 — 75 % des N^+
60 % des malades
. homolatérales : 77
. Controlatérales : 1

* adénopathies mobiles : 60 — 58 % des N^+ clinique
47 % des malades

fixées : 44 — 42 % des N^+ clinique
35 % des malades

Stades UICC et MDAH des 127 malades ayant subi un évidement ganglionnaire cervical.

T \ N	0	1a	1b	2a	2b	3	TOTAL
0	0	0	10	0	0	4	14
1	0	0	3	0	0	0	3
2	3	0	14	0	0	2	19
3	10	0	28	0	1	30	69
4	3	0	1	0	0	9	13
TOTAL	16	0	56	0	1	45	118

Classification UICC

T \ N	0	1	2A	2B	3A	3B	TOTAL
0	0	1	8	1	4	0	14
1	0	2	0	1	0	0	3
2	3	2	9	1	1	1	16
3	10	7	13	6	13	17	66
4	3	2	5	0	1	8	19
TOTAL	16	14	34	9	19	26	118

Classification MDAH

+ 7 parotides, 1 nasopharynx, 1 estesioneuroépitheliome

Stades UICC : 7 N_0
2 N_1b

Stades MDAH : 7 N_0
1 N_1
1 N_2A

Modalités thérapeutiques :

154 évidements lymphatiques ganglionnaires ont été effectués chez ces 127 malades.

- 127 curages unilatéraux et 27 Curages bilatéraux
  63 curages radicaux et 64 curages fonctionnels ou modifiés.

Nous avons considéré comme curage radical, un curage bilatéral radical d'un côté , modifié de l'autre côté.

La séquence thérapeutique nous a donc amené à diviser l'ensemble des malades en trois groupes :

- 96 curages avant tout autre traitement ont été pratiqués chez 82 malades.
- 38 curages planifiés mais effectués après la radiothérapie ont été effectués chez 29 malades.
- 20 curages enfin ont été indiqués chez 16 malades ayant présenté une récidive clinique ganglionnaire après radiothérapie.

Avant d'analyser chaque groupe, le prochain chapitre étudiera les différentes techniques thérapeutiques utilisées.

MODALITES THERAPEUTIQUES.

Nous allons décrire de façon globale les modalités thérapeutiques qui ont été appliquées chez ces 127 malades. Il s'agit d'une séquence thérapeutique comportant essentiellement chirurgie et radiothérapie et dans quelques cas une chimiothérapie associée.

1 *Les techniques chirurgicales.*

Tous les malades ont donc subi un évidement ganglionnaire lymphatique cervical associé parfois au traitement chirurgical de la lésion primitive.

Notre position quand au Curage ganglionnaire cervical, que ce soit dans son indication ou dans sa réalisation correspond à trois ordres de fait :

- l'anatomie des canaux lymphatiques et des ganglions cervicaux décrite et précisé notamment par ROUVIERE.
- la fréquence d'envahissement des différentes aires ganglionnaires cervicales en fonction de la localisation de la tumeur primitive étudiée par l'équipe de G.H. FLECHTER au MD Anderson Hospital (Houston).
- son association à une radiothérapie au niveau ganglionnaire cervical, quelles que soient leurs places respectives.

* ROUVIERE a classé les aires ganglionnaires cervicales en 10 groupes principaux : Plusieurs d'entre eux forment une chaîne pratiquement horizontale au niveau supérieur ; ce sont les aires ganglionnaires sous-mentales, sous-maxillaires, pré-auriculaires, post-auriculaires et occipitales. D'autres forment une chaine verticale : ce sont les aires ganglionnaires jugulo-carotidiennes supérieures ou sous-digastriques, moyennes et inférieures. Un autre groupe plus postérieur forme également une chaine verticale satellite du nerf spinal ; ce sont les aires ganglionnaires spinales. Enfin, les aires ganglionnaires sus-claviculaires dé-

déterminent une chaine horizontale. Les canaux lymphatiques principaux se déversent dans le système veineux, qui devra donc être ligaturé.

Le curage ganglionnaire cervical radical consistera en une résection monobloc de tous les canaux lymphatiques et de certaines structures adjacentes. Il se fera du bord inférieur de la mandibule jusqu'à la clavicule et du bord antérieur du trapèze jusqu'aux muscles couvrant les viscères cervicaux. Par nécessité, cet évidement radical emportera le muscle sterno-cléido-mastoïdien et le nerf spinal, la veine jugulaire interne, la glande sous-maxillaire, le muscle omo-hyoïdien, la veine jugulaire externe et éventuellement le faisceau postérieur des muscles digastrique et sterno-hyoïdien. S'il existe un envahissement de la région sous-mentale, le faisceau antérieur du digastrique est enlevé.

L'association au curage ganglionnaire d'une radiothérapie nous fait pratiquer de plus en plus souvent des curages ganglionnaires cervicaux modifiés, appelés encore fonctionnels. Ils consistent en l'exérèse de la lame cellulo-ganglionnaire latérale du cou, le sterno-cléido-mastoïdien et le nerf spinal, la veine jugulaire interne étant quand à eux laissés en place.

La réalisation technique du curage modifié est assez souvent plus délicate que celle du curage radical car elle exige la conservation des éléments nobles et ceci d'autant plus qu'elle est pratiquée après radiothérapie dans la majorité des cas.

L'évidement ganglionnaire cervical pourra être bilatéral. Les accidents immédiats de la suppression simultanée des deux veines jugulaires internes nous conduisent à ne pratiquer deux curages ganglionnaires radicaux chez un malade qu'à 4 semaines d'intervalle. Il est de même préférable de conserver la veine jugulaire externe d'un côté.

Nous pratiquons parfois des évidements ganglionnaires plus localisés sur une région anatomique précise :

- Curage sous-mental et sous-maxillaire,
- Curage sous mental, sous-maxillaire et sous-digastrique,
- Curage supra-hyoïdien bilatéral,
- Curage sus-claviculaire.

* l'équipe de GH FLETCHER a donc analysé la fréquence d'envahissement des différentes aires ganglionnaires en fonction de la localisation de la tumeur primitive. Nous les résumons ici, la flèche correspondant à la fréquence décroissante de l'envahissement :

Carcinome de la langue :
- sous-digastrique
- sous-maxillaire
- jugulo-carotidien moyen
- sous-mental
- jugulo-carotidien inférieur
- spinal

Carcinome du plancher buccal :
- sous-maxillaire
- sous-digastrique
- sous-mental

+ CARACTERE BILATERAL FREQUENT

Carcinome de l'oropharynx :
- sous-digastrique
- sous-maxillaire
- sous-mental

Carcinome du larynx sus-glottique:
- jugulo-carotidien supérieur
- jugulo-carotidien moyen
- spinal

+ CARACTERE BILATERAL FREQUENT

Carcinome de l'hypopharynx :
- jugulo-carotidien supérieur
- jugulo-carotidien moyen
- jugulo-carotidien inférieur
- spinal

Carcinome du nasopharynx :
- spinal
- sus-claviculaire

+ CARACTERE BILATERAL FREQUENT

Le caractère bilatéral fréquent de l'atteinte ganglionnaire devra toujours faire redouter la possibilité d'une atteinte controlatérale infra-clinique.

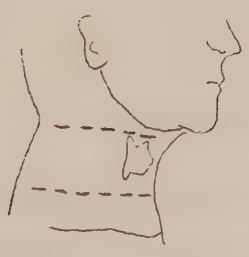
* L'association au curage ganglionnaire cervical d'une radiothérapie à ce niveau nous a conduit à modifier les voies d'abord décrites par CRILE, MARTIN, MAC FEE et MORESTIN . Elles devront satisfaire aux conditions suivantes :

- lambeaux bien vascularisés.
- accès chirurgical facile aux différentes aires ganglionnaires.
- pas de superposition avec le trajet de l'artère carotide interne.
- distance la plus grande possible des zônes recevant de fortes doses d'irradiation.

Nous pratiquons le plus souvent une incision postérieure proposée par RUSH qui, lorsque le curage sera bilatéral, définiera un lambeau en U.

CRILE

MARTIN
Incision en double Y



MAC FEE

MORESTIN
Incision en Y

Voie d'abord décrite par RUSH

2 *Technique radiothérapique.*

On a pratiqué chez tous nos malades une irradiation au niveau des aires ganglionnaires cervicales.

- Le rayonnement utilisé est dans la majorité des cas le cobalt 60. L'électronthérapie a des énergies de 7 MeV à 13 MeV trouve son indication dans l'irradiation des aires ganglionnaires spinales où elle permet de délivrer une dose limitée à la moelle cervicale .
L'électronthérapie de 16 MeV à 22 MeV est pratiquée dans certaines techniques de surdosage où la photonthérapie de 25 MeV trouve parfois sa place.

- Le volume à irradier dépend de différentes données;
  - localisation et importance de la lésion primitive,
  - la présence d'adénopathies cliniquement palpables,
  - la connaissance de la fréquence d'envahissement des différentes aires ganglionnaires en fonction de la localisation de la lésion primitive.

Ce volume comprend la lésion ou son siège virtuel après exérèse chirurgicale, les aires ganglionnaires satellites envahies, les aires ganglionnaires présentant un risque d'envahissement infra-clinique.

- La technique d'irradiation de ce volume utilise le plus souvent 3 champs, parfois 5 champs.
La lésion primitive et les adénopathies satellites envahies sont irradiées par 2 champs latéraux opposés, le malade étant en décubitus latéral.
La reproductibilité de l'irradiation est assurée par des moyens de contention du malade adaptés.
Les aires ganglionnaires jugulo-carotidiennes inférieures et sus-clavicu-

laires sont irradiées par un champ antérieur, le malade étant en décubitus dorsal.
Les aires ganglionnaires spinales quand elles sont irradiées, le sont par deux champs latéraux opposés, soit par électronthérapie seule (faible probabilité d'envahissement), soit par association de Cobaltothérapie et d'Electronthérapie).

- Il existe d'autres modalités techniques plus sophistiquées qui sont adoptées chez certains patient en fonction du statut carcinologique lésionnel et ganglionnaire.
Utilisation d'un loading dans le cas de lésions latéralisées sans adénopathies ou avec adénopathies homolatérales uniquement.
Irradiation de type multifractionnée(2 séances par jour) dans le cas de lésions très évolutives localement.
Technique du champ dans le champ" notamment dans le cas des adénopathies fixées où un champ de surimpression est ajouté au champ normal, par électronthérapie dont l'énergie est adaptée en fonction du volume de l'adénopathie.
Associations de différents rayonnements (Cobalt-Photons ou Photons-électrons) pour surdoser la lésion primitive.
Mise en place de champs obliques avec filtres en coin dans les irradiations de la loge parotidienne.

- Les champs sont tracés sur la peau du malade sous simulateur en reproduisant fidèlement les conditions du traitement. La dosimétrie est effectuée actuellement à l'aide d'un programme passant sur ordinateur qui permet de définir la dose délivrée en différents points anatomiques, lésionnels ou ganglionnaires.

- Tous nos malades sont soumis à un traitement symptomatique médical pendant l'irradiation associant bains de bouche, soins locaux, anti-inflammatoires, antalgiques.

- Une technique récente nous permet de ne pas pratiquer chez certains malades l'édentation totale. En effet, chez les malades présentant un statut dentaire bon ou moyen, après soins dentaires, la fluoration quotidienne évite l'apparition de caries post-radiothérapiques, même lorsque les glandes salivaires sont irradiées. Il ne faudra bien entendu pas appliquer ce programme de prophylaxie de la carie post-radiothérapique chez des patients présentant un mauvais état dentaire.

CURAGES PREMIERS AVANT RADIOTHERAPIE.

72.1706 : Monsieur B..... Claude, était porteur de la métastase ganglionnaire jugulo-carotidienne supérieure gauche d'un carcinome malpighien moyennement différencié et peu kératinisant d'origine indéterminée.

Stade : T_oN_3 UICC
T_oN_3A MDAH

Le 11 septembre 1972 : Curage ganglionnaire cervical gauche radical.
1 ganglion sur les 5 prélevés était envahi par la métastase du carcinome, avec rupture capsulaire.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 6000 rads au niveau cervical.
Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads à gauche et 5000 rads à droite.

La tolérance a été moyenne avec hypersialorrhée, radiomucite punctiforme et fibrose cervicale.

3 ans après : dysphagie
adenopathie axillaire droite
opacité pulmonaire.

Mise en route d'une chimiothérapie par Bleomycine
Diagnostic de malignité impossible à poser du fait de la sténose oesophagienne.

**

73-026 : Monsieur B..... Jean, 73 ans, était porteur en décembre 1972 d'un carcinome malpighien peu différencié et peu keratinisant du sinus piriforme gauche étendue à la margelle laryngée, s'accompagnant d'une adénopathie jugulo-carotidienne moyenne gauche mobile.

Stade : T_3N_1b UICC
T_3N_1 MDAH

le 10 Janvier 1973 : Pharyngo-laryngectomie totale avec curage ganglionnaire cervical gauche modifié.

Les tranches de section de la pièce d'exerèse étaient indemnes de tout envahissement.

Un des quatres ganglions prélevés était envahi par la métastase du carcinome, avec rupture capsulaire.

Bonne cicatrisation.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 5100 rads au niveau du néo-pharynx Les aires ganglionnaires sous-digastriques ont reçu 5400 rads à gauche et 4850 rads à droite.

La tolérance a été bonne avec prise de poids de 4 kgs, discret erythème et quelques réactions de radiomucite punctiforme.

Dans les suites, on note l'apparition d'une légère dysphagie.

30 mois après : Il n'existe aucun signe de récidive loco-régionale , ni d'évolution générale.

**

74-2978 : Monsieur B..... Henri, était porteur d'une métastase ganglionnaire jugulo-carotidienne supérieure droite d'un carcinome anaplasique d'origine indéterminée.

Stade : T_0N_1b UICC
T_0N_2A MDAH

Curage ganglionnaire cervical droit modifié.
Un des deux ganglions prélevés était envahi par la métastase du carcinome et présentait une rupture capsulaire.

Délai anormalement long entre l'intervention chirurgicale et l'irradiation post-opératoire (4 mois).

Présence d'une induration suspecte sous la cicatrice trifurquée.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 5100 rads au niveau sous-digastrique.Surdosage unilatéral droit de 1500 rads par électronthérapie. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads à droite et 5000 rads à gauche. Les aires ganglionnaires spinales ont reçu 5700 rads à droite et 4500 rads à gauche par combinaison de Cobaltothérapie et d'électronthérapie.

Résultat primaire : Persistance de l'induration.

La tolérance a été moyenne avec amaigrissement de 4 kgs, hyposialie, dysphagie et candidose buccale.

5 mois après : amaigrissement de 3 kgs
asialie
crachats sanguinolants.

Actuellement : Il n'existe aucun signe de récidive loco-régionale ni d'évolution générale.

**

72-169 : Monsieur B....., 51 ans, était porteur en février 1972 d'un carcinome malpighien du plancher buccal s'accompagnant d'une adénopathie sous-maxillaire gauche.

Stade : T_1N_1b UICC
T_1N_1 MDAH

Curiethérapie délivrant une dose de 7000 rads au niveau du plancher buccal.

Le 14 avril 1972 : Curage ganglionnaire sous-maxillaire droit.
Les deux ganglions prélevés étaient indemnes de tout envahissement.

L'apparition du radionécrose dans les suites fait pratiquer le 22 décembre 1972 une Pelvectomie buccale. Il ne s'agissait pas d'une récidive locale.

12 mois après, le malade présente une 2ème localisation sous la forme

d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant du mésopharynx à droite s'accompagnant d'une adénopathie sous-maxillaire gauche.

Stade : T_3N_1b UICC
T_3N_1 MDAH

Cobaltothérapie post-opératoire avec un surdosage par association de Photons et d'électrons délivrant une dose totale de 7000 rads. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads . Les aires ganglionnaires spinales ont reçu 5000 rads.

Une extraction dentaire défectueuse se complique alors d'une exposition periostée, mais le traitement symptomatique résout ce problème.

Apparition d'une dysphagie accompagnée de dénutrition dans les suites:: on pratique alors une gastrostomie , mais le malade présente une ulcération au niveau de la loge amygdalienne et une rupture de la carotide externe entrainera le décès du patient dans un tableau hémorragique.

**

74-2251 : Monsieur A..... Edmond, était porteur en août 1974 d'un carcinome malpighien différencié et peu kératinisant du sillon amygdalo-glosse s'accompagnant d'une adénopathie sous-digastrique gauche mobile.

Stade : T_2N_1b UICC
T_2N_2A MDAH

le 26 septembre 1974 : Curage ganglionnaire cervical gauche modifié. Un des cinq ganglions prélevés était envahi par la métastase du carcinome malpighien sans rupture capsulaire.

Bonne cicatrisation.

Cobaltothérapie post-opératoire délivrant une dose de 5100 rads au niveau lésionnel . Surdosage à ce niveau de 2000 rads par Photonthérapie de 25 MeV et électronthérapie de 16 MeV. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads à gauche et 5000 rads à droite.

Résultat primaire : Regression complète de la lésion primitive.
Pas d'adénopathie.

La tolérance a été bonne avec discret érythème et quelques réactions

de radiomucite punctiforme.

Dans les suites, on note l'apparition d'une asialie d'un jabot post-radiothérapique et d'un oedème de l'aryténoïde gauche.

15 mois après : Il n'existe aucun signe de récidive loco-régionale ni d'évolution générale.

**

75-0145 : Monsieur A....., 51 ans, était porteur d'un carcinome malpighien différencié et très kératinisant de la gencive inférieure droite s'accompagnant d'une adénopathie sous-angulo-maxillaire droite mobile.

Stade : T_2N_1b UICC
T_2N_2A MDAH

Curiethérapie délivrant une dose de 6500 rads au niveau de la lésion primitive.

Le 12 février 1975 : Curage ganglionnaire sous-maxillaire bilatéral. Aucun des 4 ganglions prélevés n'était envahi par la métastase du carcinome.

Le malade présente en septembre 1975 une récidive ganglionnaire sous-maxillaire gauche confirmée par cytoponction.

Le 10 octobre 1975 : Adénectomie sous-maxillaire gauche. La masse ganglionnaire était envahie par la métastase du carcinome avec rupture capsulaire.

Cobaltothérapie post-opératoire délivrant une dose cervicale de 5000 rads. Les aires ganglionnaires spinales ont reçu 4000 rads par électronthérapie. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 5000 rads par Cobaltothérapie.

Surdosage au niveau sous-maxillaire gauche par électronthérapie jusqu'à une dose de 6000 rads.

Le malade ne présente actuellement aucun signe de récidive loco-régionale ni d'évolution générale.

**

73-1285 : Monsieur B..... Robert , 55 ans, était porteur en juin 1973 d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant du sinus piriforme gauche s'accompagnant d'une adénopathie sous-digastrique mobile.

Stade : T_3N_1b UICC
T_3N_2B MDAH

Adénectomie sous-digastrique gauche : l'adénopathie était envahie par la métastase du carcinome sans rupture capsulaire.

Le malade présente dans les suites une reprise évolutive ganglionnaire sous-digastrique et spinale gauche qui fait pratiquer le 23 juillet 1973 une pharyngo-laryngectomie totale avec curage ganglionnaire jugulo-carotidien gauche radical. La pièce d'exérèse était le siège du processus néoplasique avec extension au mur pharyngo-laryngé .
Les tranches de section étaient indemnes de tout envahissement. 2 des 17 adénopathies jugulo-carotidiennes gauches prélevées étaient envahies par la métastase du carcinome avec rupture capsulaire et extension au muscle et au tissu conjonctif de voisinage.

Cobaltothérapie post-opératoire délivrant une dose de 6000 rads au niveau du néopharynx. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçues 6000 rads à gauche et 5000 rads à droite. Les aires ganglionnaires spinales ont reçu 6000 rads à gauche et 5000 rads à droite.

Apparition d'une fibrose cervicale sous-cutanée dans les suites.

30 mois après, il n'existe aucun signe de récidive loco-régionale ni d'évolution générale.

**

73-1207 : Monsieur B..... Pierre, 59 ans, était porteur d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant du sinus piriforme droit, s'accompagnant d'une masse ganglionnaire jugulo-carotidienne droite fixée.

Stade : T_3N_3 UICC
T_3N_3B MDAH

Il est alors pratiqué , chez ce malade, une pharyngo-laryngectomie totale avec curage ganglionnaire cervical droit radical et cervical gauche modifié.

Les tranches de section de la pièce d'exérèse étaient indemnes de tout envahissement.

4 des 5 ganglions prélevés étaient envahis par la métastase du carcinome avec rupture capsulaire et extension au muscle et au tissu conjonctif de voisinage.

Une irradiation après chirurgie était planifiée mais le malade est décédé de complications post-opératoires : Collapsus cardio-vasculaire avec hyperthermie.

Désunion massive de la suture pharyngée avec un retrait précoce de la sonde naso-gastrique.

**

73-1267 : Monsieur C..... Robert, 59 ans, était porteur d'un carcinome malpighien différencié et peu kératinisant du sinus piriforme droit s'accompagnant d'une adénopathie sous-digastrique droite fixée.

Stade : T_2N_3 UICC
T_2N_3A MDAH

Il est alors pratiqué : un curage ganglionnaire cervical droit radical, le malade ayant refusé une pharyngo-laryngectomie. La masse ganglionnaire était envahie par la métastase du carcinome avec rupture capsulaire, extension au tissu conjonctif et au muscle, à la veine jugulaire interne.

Cobaltothérapie post-opératoire délivrant une dose de 6500 rads au niveau de la lésion primitive.

Résultat primaire : disparition complète de la lésion primitive
pas d'adénopathie cliniquement palpable.

La tolérance a été bonne avec une radiomucite punctiforme.
Apparition d'une fibrose cervicale droite.

1 an après : reprise évolutive régionale sous la forme d'une masse parotidienne droite avec paralysie faciale.

Le malade est alors décédé dans un tableau de Coma profond.

**

73-1587 : Monsieur C..... Marcel, 54 ans, était porteur en juillet 1973 d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant du larynx gauche avec propagation sous-glottique, sans adénopathie.

Stade : T_3N_0 UICC
T_3N_0 MDAH

le 30 juillet 1973 : laryngectomie totale avec curage ganglionnaire sous-digastrique bilatéral modifié.
Les tranches de section de la pièce d'exérèse étaient indemnes de tout envahissement.
Aucun des ganglions prélevés n'était envahi par la métastase du carcinome.

Bonne cicatrisation.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 5100 rads au niveau du néopharynx. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 5000 rads par cobaltothérapie . Protection du trachéostome à 4800 rads.

Très bonne tolérance. On note simplement un léger érythème.

3 mois après : fistule au niveau du trachéostome, cicatrisant spontanément.

1 an après : apparition d'une dyspnée due à un rétrecissement de la trachée et du trachéostome.

1 mois après : asphyxie avec sténose très serrée du trachéostome.
Récidive locale du carcinome sous la forme d'un bourgeonnement de la face latérale droite de l'orifice de trachéostomie.

Photonthérapie de 25 MeV délivrant une dose de 4000 rads.

Le malade est décédé une semaine après la fin de l'irradiation dans un tableau hémorragique du à une ulcération artérielle en relation avec l'évolution du néoplasme.

**

73-1585 : Monsieur C..... René, 51 ans, était porteur d'un carcinome malpighien du sinus piriforme droit s'accompagnant d'une masse ganglionnaire sous-digastrique droite.

Stade : T_3N_3 UICC
T_3N_3B MDAH

Il est alors pratiqué une pharyngo-laryngectomie totale avec curage ganglionnaire cervical droit radical et cervical gauche modifié.
Les tranches de section de la pièce d'exérèse étaient indemnes de tout envahissement.
La masse ganglionnaire était massivement envahie par la métastase du carcinome avec rupture capsulaire, extension au muscle, au tissu conjonctif et au nerf de voisinage.
Les ganglions prélevés à gauche étaient indemnes de tout envahissement.

Les suites opératoires sont troublées par l'apparition d'une fistule et d'une perte de substance cutanée.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 6000 rads au niveau du néopharynx. Les aires ganglionnaires sous-digastriques ont reçu 6100 rads . Les aires ganglionnaires jugulo-carotidiennes ont reçu 7500 rads à droite et 6700 rads à gauche par combinaison de Cobaltothérapie et d'Electronthérapie. Les aires ganglionnaires spinales ont reçu 6000 rads à droite et 5000 rads à gauche par électronthérapie.

La tolérance a été moyenne avec prise de poids de 4 kgs, asialie, érythème avec desquamation sèche et radiomucite punctiforme.

1 mois après : suppuration de l'orifice de tracheostomie.

3 mois après : Enorme récidive locale.
Pharyngostome au niveau de la région sous-digastrique droite.
Nodules de perméation autour du pharyngostome, s'étendant jusqu'au thorax.

5 mois après : gastrostomie.

Le malade est décédé dans un tableau de poursuite de l'évolution locorégionale.

**

74-3104 : Monsieur C.....Lucien, était porteur en décembre 1974 d'une métastase ganglionnaire jugulo-carotidienne moyenne gauche d'un carcinome malpighien d'origine indéterminée.

Stade : T_0N_3 UICC
T_0N_3A MDAH

Il est alors pratiqué un curage ganglionnaire cervical gauche modifié.
Exérèse incomplète du fait de la constatation per-opératoire d'une extension vers la base du crâne.
Le ganglion était envahi par la métastase du carcinome avec rupture capsulaire et extension au muscle et au tissu conjonctif de voisinage.

Induration cicatricielle témoignant de la poursuite évolutive locale.
Présence d'une adénopathie spinale gauche et sous-digastrique droite.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 5100 rads. Surdosage de 1000 rads au niveau cervical gauche par Electronthérapie de 13 MeV. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads à gauche et 5000 rads à droite par cobaltothérapie. Les aires ganglionnaires spinales ont reçu 6000 rads à gauche et 5000 rads à droite par combinaison de Cobaltothérapie et d'Electronthérapie de 7 MeV.

Résultat primaire : persistance d'une adénopathie jugulo-carotidienne moyenne gauche.

Mauvaise tolérance avec amaigrissement de 4 kgs, asialie, dysphagie et radiomucite punctiforme.

6 mois après : poursuite lente de l'évolution ganglionnaire.
lésion primitive toujours inconnue.
pas de métastase.

**

73-2169 : Monsieur D..... Albert, 62 ans, était porteur en septembre 1973 d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant du larynx sus-glottique, s'accompagnant d'une masse ganglionnaire jugulo-carotidienne moyenne droite fixée.

Stade : T_4N_3 UICC
T_4N_3A MDAH

Le 19 octobre 1973 : Laryngectomie totale avec curage ganglionnaire jugulo-carotidien et sus-claviculaire droit radical.

La tranche de section postérieure de la pièce d'exérèse était massivement envahie par le carcinome.

La masse ganglionnaire était envahie par la métastase du carcinome, nécrosée, avec rupture capsulaire et extension au muscle et au tissu conjonctif de voisinage.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 6500 rads au niveau du néopharynx. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads à droite et 5000 rads à gauche. Les aires ganglionnaires spinales ont reçu 6000 rads à droite et 5000 rads à gauche par combinaison de Cobaltothérapie et d'Electronthérapie de 7 Mev.

La tolérance a été mauvaise avec anémie, erythème et desquamation sèche, desquamation humide autour du pharyngostome.

8 mois après : reprise évolutive ganglionnaire médiatinale.

Mise en route d'une chimiothérapie par méthotrexate.

Le malade est décédé dans un tableau de poursuite de l'évolution régionale.

**

72-2630 : Monsieur D..... Joseph, 62 ans, était porteur en décembre 1972 d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant du larynx sus-glottique et de la margelle laryngée, s'accompagnant d'adénopathies bilatérales fixées à droite.

Stade : T_4N_3 UICC
T_4N_3B MDAH

Le 15 janvier 1973 : Pharyngo-laryngectomie totale enlevant l'os hyoïde avec curage ganglionnaire cervical droit radical cervical gauche modifié.

La tranche de section inférieure de la pièce d'exérèse était envahie par le carcinome.

5 des 11 ganglions prélevés étaient envahis par la métastase du carcinome, avec rupture capsulaire, extension au muscle et au tissu conjonctif. Présence de nombreux embols néoplasiques dans les lymphatiques.

Les deux ganglions sous-digastriques prélevés étaient envahis par la métastase du carcinome, sans rupture capsulaire.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 6000 rads au niveau du néopharynx. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 4100 rads par Cobaltothérapie.

La tolérance a été moyenne avec amaigrissement de 3 kgs.

10 mois après : Reprise de l'évolution sous forme métastatique pulmonaire et cérébrale.

Le malade est décédé 4 mois après dans un tableau de reprise évolutive générale sans signe de récidive loco-régionale.

**

73-2867 : Monsieur D..... Henri, 56 ans, était porteur en novembre 1973 d'un carcinome malpighien peu différencié et non kératinisant de la paroi latérale du pharynx s'accompagnant d'une adénopathie sous-digastrique droite fixée.

Stade : T_3N_3 UICC
T_3N_3A MDAH

Il est alors pratiqué un Curage ganglionnaire cervical droit radical.

La masse ganglionnaire et deux ganglions prélevés étaient le siège de la métastase du carcinome. Ils présentaient une rupture capsulaire, l'artère carotide interne était envahie par le processus néoplasique.

Cobaltothérapie post-opératoire délivrant une dose de 7200 rads sur champs progressivement réduits. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads à droite et 5000 rads à gauche par cobaltothérapie. Les aires ganglionnaires cervicales postérieures ont reçu 6250 rads à

droite et 5000 rads à gauche par association d'électronthérapie et de Cobaltothérapie.

Disparition complète de la lésion primitive.
Pas d'adénopathie cliniquement palpable.

La tolérance a été moyenne avec amaigrissement de 7 kgs, dysphagie, apparition d'un érythème sans desquamation et quelques réactions de radiomucite punctiforme.

2 mois après, le malade est décédé de cause intercurrente.

**

74-172 : Monsieur D'I..... Jean, était porteur en janvier 1974 d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant du larynx sus-glottique avec extension à la margelle laryngée et au sinus piriforme droit s'accompagnant d'adénopathies bilatérales, fixées à droite.

Stade : T_3N_3 UICC
T_3N_3B MDAH

le 14 février 1974 : Pharyngo-laryngectomie totale avec curage ganglionnaire cervical droit radical, gauche conservateur. Les tranches de section chirurgicale de la pièce d'exérèse étaient indemnes de tout envahissement.

La masse ganglionnaire droite était le siège de la métastase du carcinome avec rupture capsulaire.

Présence d'un nodule au sein du sterno-cléido - mastoïdien envahi par le processus néoplasique.

Deux des douze ganglions prélevés à gauche étaient envahis par la métastase du carcinome sans rupture capsulaire.

Bonne cicatrisation.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 6500 rads au niveau du néopharynx. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads par cobaltothérapie. Les aires ganglionnaires spinales ont reçu 6000 rads par Electronthérapie de 7 MeV.

Bonne tolérance avec discret érythème.

6 semaines après : dysphagie cicatricielle inflammatoire.

6 mois après : fistulisation salivaire gauche.
on récuse la chirurgie.

Rupture de l'artère carotide interne droite 2 mois après qui entraine le décès de ce malade dans un tableau hémorragique.

**

73-1299 : Monsieur D..... Georges-Claude, 54 ans, était porteur en juin 1973 d'un carcinome malpighien du sinus piriforme droit s'accompagnant d'une adénopathie cervicale droite jugulo-carotidienne moyenne, mobile.

Stade : T_3N_1b UICC
T_3N_2A MDAH

Il est alors pratiqué un curage ganglionnaire cervical droit radical.
La masse ganglionnaire et une adénopathie sus-claviculaire étaient envahies par la métastase du carcinome et présentaient une rupture capsulaire avec extension au muscle et au tissu conjonctif de voisinage.

Les autres ganglions étaient indemnes de tout envahissement.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 6500 rads au niveau lésionnel. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads à droite et 5000 rads à gauche. Les aires ganglionnaires spinales ont reçu 6000 rads à droite et 5000 rads à gauche par combinaison de Cobaltothérapie et d'Electronthérapie de 7 MeV.

Résultat primaire : Persistance de la fixité de l'épiglotte sus-hyoïdienne.
Pas d'adénopathie.

La tolérance a été moyenne avec amaigrissement de 3 kgs, érythème et desquamation sèche, radiomucite punctiforme.

Le malade est décédé 4 mois après.

**

73-0517 : Monsieur D....., 62 ans, était porteur en février 1973 d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant de la gencive inférieure droite et du plancher buccal et d'un carcinome malpighien au niveau du voile et de la luette sans adénopathie.

Stade : T_4N_0 UICC, T_4N_0 MDAH — Plancher buccal (extension radiologique au maxillaire inférieur)

T_1N_0 UICC, T_1N_0 MDAH — Luette

le 1er avril 1973 : Curage ganglionnaire cervical droit modifié avec hémi-mandibulectomie segmentaire.

Aucun des 10 ganglions prélevés n'était envahi par la métastase du carcinome.

Bonne cicatrisation.

La radiographie panoramique du maxillaire confirme la destruction osseuse. Cobaltothérapie délivrant une dose de 4700 rads au niveau lésionnel. Surdosage de 2800 Roentgens par voie endocavitaire donnant une dose totale de 8000 rads au niveau du voile membraneux.

Résultat primaire : disparition complète des deux lésions primitives. pas d'adénopathie.

La tolérance a été moyenne avec amaigrissement de 1 kg, érythème avec desquamation sèche, radiomucite punctiforme.

15 mois après : Mise en place d'une prothèse mobile complète supérieure et d'une prothèse au niveau du maxillaire inférieur.

20 mois après : mange bien, pas de dysphagie. Bon état général. Prise de poids de 5 kgs.

30 mois après : il n'existe aucun signe de récidive loco-régionale ou d'évolution générale.

**

73-0384 : Madame F..... Marie, 81 ans, était porteuse en janvier 1973 d'un carcinome malpighien métaplasique de la parotide droite soit primitif, soit par extension ganglionnaire d'un carcinome malpighien différencié et

kératinisant de la région frontale droite traité par curiethérapie, ne s'accompagnant pas d'adénopathie.
Cette malade était également porteuse d'un carcinome glanduliforme atypique et tubulo-papillaire de l'endocol. (stade II B)

Stade : Non prévu UICC
Non prévu MDAH

Il est alors pratiqué une parotidectomie lobaire superficielle avec curage ganglionnaire pré-tragien et sous digastrique droit.

Le lobe superficiel était le siège du carcinome.
Le lobe profond était indemne de tout envahissement
Les 4 ganglions prélevés étaient indemnes de tout envahissement.

Apparition dans les suites opératoires d'un hématome organisé avec perte de substance de 5 mm de diamètre.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 5000 rads au niveau du lit opératoire.

Résultat primaire : Pas d'adénopathie cliniquement palpable.

Le carcinome de l'endocol a été traité par irradiation externe seule. (curiethérapie difficile à pratiquer en raison d'une impossibilité géométrique).

24 mois après : reprise évolutive ganglionnaire très lente au niveau jugulo-carotidien inférieur gauche.

29 mois après : abstention thérapeutique devant cette reprise évolutive ganglionnaire controlatérale très lente, en raison de l'âge de la malade.

**

75-0413 : Monsieur F..... André, était porteur en janvier 1975 d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant du plancher de la bouche s'accompagnant d'une adénopathie sous-maxillaire gauche mobile.

Stade : T_3N_1b UICC
T_3N_2A MDAH

Il est alors pratiqué une glossectomie des 3/4 avec hémi-mandibulectomie avec curage ganglionnaire sus-hyoïdien bilatéral.

Les tranches de section de la pièce d'exérèse étaient indemnes de tout envahissement.

Les 10 ganglions prélevés étaient tous indemnes d'envahissement.

La glande sous-maxillaire droite était le siège de la métastase du carcinome.

Dans les suites, apparition d'un incontinence salivaire.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 6000 rads au niveau lésionnel. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads à gauche et 5000 rads à droite.

La tolérance a été bonne avec discret érythème et quelques réactions de radiomucite punctiforme.

12 mois après : il n'existe aucun signe de récidive loco-régionale, ni d'évolution générale.

**

75-0222 : Monsieur F..... était porteur en janvier 1975 d'un carcinome malpighien peu différencié et non kératinisant du sinus piriforme droit s'accompagnant d'adénopathies jugulo-carotidiennes moyennes droites mobiles.

Stade : T_3N_1b UICC
T_3N_2B MDAH

Le 5 février 1975 : laryngectomie totale avec curage ganglionnaire cervical droit radical.

Les tranches de section de la pièce d'exérèse étaient indemnes de tout envahissement.

18 des 32 ganglions prélevés étaient envahis par la métastase du carcinome et présentaient une rupture capsulaire.

Bonne cicatrisation.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 5100 rads au niveau du néopharynx.

Surdosage de 1500 rads à ce niveau. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads à droite et 5000 rads à gauche. Les aires ganglionnaires spinales ont reçu 6000 rads à droite et 5000 rads à gauche.

La tolérance a été bonne avec discret érythème et quelques réactions de radiomucite punctiforme.

Dans les suites, apparition d'une fistule au niveau de la cicatrice, rapidement résolutive.

4 mois après : Reprise évolutive avec métastases pulmonaires.

Mise en route d'une chimiothérapie.

12 mois après : Le malade est vivant avec une évolution générale controlée par la chimiothérapie.

**

74-1977 : Monsieur F..... Lucien, était porteur en juillet 1974 de la métastase ganglionnaire jugulo-carotidienne droite d'un carcinome malpighien différencié et peu kératinisant d'origine indéterminée.

Stade : T_0N_1b UICC
T_0N_2A MDAH

Le 27 août 1974 : Curage ganglionnaire cervical droit radical. Un ganglion sur les cinq prélevés était envahi par la métastase du carcinome et présentait une rupture capsulaire.

Les différentes biopsies ORL pratiquées ont montré l'absence d'envahissement de la sphère ORL.

Léger retard de cicatrisation.
Blindage fibreux de la région sous-digastrique droite post-opératoire.

5 semaines après : Cobaltothérapie délivrant une dose de 5100 rads au niveau cervical. Surdosage de 1000 rads au niveau du lit chirurgical par électronthérapie. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads à droite et 5000 rads à gauche par Cobaltothérapie. Les aires ganglionnaires spinales ont reçu 6000 rads à droite et 5000 rads à gauche par combinaison de Cobaltothérapie et d'électronthérapie.

La tolérance a été moyenne avec oedème laryngé, érythème avec desquamation sèche et radiomucite punctiforme.

Dans les suites, on note l'apparition d'un dyspnée , de douleurs locales et d'une asialie.

9 mois après : Altération de l'état général avec apparition de troubles psychiques et d'une paralysie faciale droite. Le diagnostic est celui d'une métastase cérébrale d'un carcinome toujours indéterminé . Il n'existe en effet aucun signe de reprise évolutive loco-régionale.

**

74-1983 : Monsieur G..... Auguste, était porteur en août 1974 de la métastase ganglionnaire jugulo-carotidienne moyenne droite d'un carcinome malpighien différencié et peu kératinisant d'origine indéterminée.

Stade : T_0N_3 UICC
T_0N_3A MDAH

le 28 août 1974 : curage ganglionnaire cervical droit radical.
Un des quatre ganglions prélevés était envahi par la métastase du carcinome, sans rupture capsulaire.

Bonne cicatrisation.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 5100 rads au niveau de la sphère ORL. Surdosage de 2000 rads par Electronthérapie de 10 MeV. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads à droite et 5000 rads à gauche par cobaltothérapie. Les aires ganglionnaires spinales ont reçu 4400 rads par Electronthérapie de 7 MeV.

Résultat primaire : lésion primitive toujours inconnue.
pas d'adénopathie.

Très bonne tolérance.

Dans les suites, apparition d'une asialie.

16 mois après : il n'existe aucun signe de récidive ganglionnaire, ni d'évolution générale. La lésion primitive reste inconnue.

**

72-2363 : Madame G..... Amélie, était porteuse en novembre 1972 d'un carcinome anaplasique de la parotide droite s'accompagnant d'une adénopathie sous-digastrique droite mobile.

Stade : non prévu par la classification UICC
non prévu par la classification MDAH

le 20 novembre 1972 : Parotidectomie totale droite avec curage ganglionnaire jugulo-carotidien droit modifié.

Deux des sept ganglions prélevés étaient envahis par la métastase du carcinome, sans rupture capsulaire.

Bonne cicatrisation.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 6000 rads au niveau de la loge parotidienne.

La tolérance a été moyenne avec douleurs conjonctivales, amaigrissement de 2 kgs, érythème sans desquamation et radiomucite punctiforme.

La malade est décédée 6 mois après.

**

74-2771 : Monsieur G..... André, était porteur en novembre 1974 d'un carcinome malpighien moyennement différencié et non kératinisant du sinus piriforme gauche, sans adénopathie.

Stade : T_3N_0 UICC
T_3N_0 MDAH

Il est alors pratiqué une pharyngo-laryngectomie totale avec curage ganglionnaire cervical gauche radical.

Les tranches de section de la pièce d'exérèse étaient indemnes de tout envahissement.

Un des 8 ganglions prélevés était envahi par la métastase du carcinome sans rupture capsulaire.

Bonne cicatrisation.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 5100 rads au niveau du néopharynx. Surdosage de 1200 rads à ce niveau par électronthérapie de 13 MeV.

Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads à gauche et 5000 rads à droite par Cobaltothérapie. Les aires ganglionnaires spinales ont reçu 4400 rads par Electronthérapie de 7 MeV.

Dans les suites, on note l'apparition d'hémorragies minimes au niveau de l'orifice de trachéostomie, rapidement résolues.

14 mois après : il n'existe aucun signe de récidive loco-régionale,ni d'évolution générale.

**

74-0503 : Monsieur G..... Kleber, était porteur en février 1974 d'un carcinome malpighien différencié et peu kératinisant du repli ary -épiglottique s'accompagnant d'une adénopathie jugulo-carotidienne moyenne droite mobile.

Stade : T_2N_1b UICC
T_3N_2B MDAH

Le 20 mars 1974 : Pharyngo-laryngectomie totale avec curage ganglionnaire cervical droit radical et gauche modifié.

La tranche de section opératoire au niveau de l'aryténoïde droit était massivement envahie par le carcinome.

Un ganglion sur les neuf prélevés était envahi par la métastase du carcinome avec rupture capsulaire.

Bonne cicatrisation.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 6600 rads au niveau du néopharynx. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads à droite et 5000 rads à gauche par Cobaltothérapie. Les aires ganglionnaires spinales ont reçu 6000 rads à droite et 5000 rads à gauche par combinaison de Cobaltothérapie et d'électronthérapie de 7 MeV.

La tolérance a été bonne avec un discret érythème sans desquamation.

12 mois après : Deuxième localisation néoplasique au niveau de la loge amygdalienne gauche s'étendant vers le plancher buccal et la base de la langue. Pas d'adénopathie. Pas de métastase.

Abstention thérapeutique.

6 mois après : Poursuite lente de l'évolution locale.
Altération de l'état général.
Pas d'adénopathie.
Pas de métastase.

**

72-1206 : Monsieur G..... Noel, était porteur en mai 1972 d'un carcinome malpighien très peu différencié et non kératinisant du sinus piriforme gauche s'accompagnant d'énormes adénopathies jugulo-carotidiennes moyennes gauches fixées.

Stade : T_3N_3 UICC
T_3N_3A MDAH

le 26 juin 1972 : Pharyngo-laryngectomie totale avec curage ganglionnaire cervical gauche radical.
Les tranches de section de la pièce d'exérèse étaient indemnes d'envahissement.
La masse ganglionnaire était envahie par la métastase du carcinome avec rupture capsulaire.

Les suites opératoires sont troublées par une désunion de la cicatrice avec écoulement persistant.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 5500 rads au niveau du néopharynx. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads à gauche et 5000 rads à droite par cobaltothérapie.

Mauvaise tolérance avec persistance de la désunion de la cicatrice, s'associant à une épidermite exsudative et un jabot post-radiothérapique.

Le malade est décédé 5 mois après dans un tableau de diffusion métastatique sans signe de récidive loco-régionale.

**

74-2659 : Monsieur G..... Lucien, 70 ans, était porteur en octobre 1974 d'un carcinome malpighien du sinus piriforme droit s'accompagnant d'adénopathies jugulo-carotidiennes moyennes droites mobiles.

Stade : T_3N_1b UICC
T_3N_2B MDAH

Il est alors pratiqué une pharyngo-laryngectomie totale avec curage ganglionnaire cervical droit radical.
Les tranches de section de la pièce opératoire étaient envahies par le carcinome. Il existait une atteinte au niveau de la bouche oesophagienne.
Quatre des sept ganglions prélevés étaient envahis par la métastase du carcinome, sans rupture capsulaire.

L'irradiation post-opératoire n'a pas été conforme à la prévision en raison de l'apparition de métastases pulmonaires en cours d'irradiation Il a été délivré 5100 rads au niveau cervical par Cobaltothérapie.

Mise en route d'une chimiothérapie délivrant 500 mg d'Endoxan, 50 mg de Methotrexate, 10 mg de Velbé par semaine.

Amélioration spectaculaire. On arrête la chimiothérapie.

10 mois après : Il n'existe aucun signe de récidive loco-régionale.
Aggravation des métastases de façon modérée.

**

73-2152 : Monsieur G..... André, 50 ans, était porteur en août 1973 d'un carcinome malpighien peu différencié et non kératinisant de l'oropharynx et du mésopharynx s'accompagnant d'adénopathies bilatérales, fixées à droite, mobiles à gauche.

Stade : T_3N_3 UICC
T_4N_3B MDAH

Il est alors pratiqué un curage ganglionnaire cervical droit radical.
La masse ganglionnaire était envahie par la métastase du carcinome avec rupture capsulaire, envahissement du tissu conjonctif et du muscle de voisinage et présence de nombreux embols néoplasiques dans les lymphatiques.

Apparition d'une paralysie faciale dans les suites opératoires.

Radiothérapie pos-opératoire délivrant une dose de 7100 rads au niveau

de la lésion primitive. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads par Cobaltothérapie. Les aires ganglionnaires cervicales postérieures ont reçu 5800 rads par combinaison d'électronthérapie et de Cobaltothérapie.

Résultat primaire : Disparition complète de la lésion primitive.
Persistance d'un reliquat ganglionnaire sous digastrique gauche de 3 x 2 x 2 cm.

La tolérance a été moyenne avec amaigrissement de 4 kgs.
Sur le plan cutané , érythème avec desquamation sèche à droite.
Quelques réactions de radiomucite punctiforme en fin de traitement.

2 mois après : Apparition de métastases pulmonaires bilatérales qui alors renoncer à pratiquer une exérèse ganglionnaire à gauche.

Le malade est décédé 2 mois après dans un tableau de reprise évolutive métastatique.

**

74-1791 : Monsieur G... André, était porteur en juin 1974 dun carcinome malpighien moyennement différencié et non kératinisant du sinus piriforme droit s'accompagnant d'une adénopathie jugulo-carotidienne moyenne droite mobile.

Stade : T_2N_1b UICC
T_3N_2A MDAH

le 29 Juillet 1974 : Pharyngo-laryngectomie totale avec curage ganglionnaire cervical droit radical.
Les tranches de section de la pièce d'exérèse étaient indemnes de tout envahissement.
Deux des six ganglions prélevés étaient envahis par la métastase du carcinome sans rupture capsulaire.

Bonne cicatrisation.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 6100 rads au niveau du néopharynx. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads par Cobaltothérapie. Les aires ganglionnaires spinales ont reçu 6000 rads à droite et 5000 rads à gauche par combinaison de Cobaltothérapie et d'Electronthérapie.

La tolérance a été moyenne avec érythème et desquamation sèche.

18 mois après : Il n'existe aucun signe de récidive loco-régionale , ni d'évolution générale.

**

74-504 : Monsieur H..... Paul, était porteur en février 1974 d'un carcinome malpighien indifférencié du sinus piriforme gauche, s'accompagnant d'adénopathies jugulo-carotidienne et sus-claviculaires gauches.

Stade : T_3N_3 UICC
T_3N_3A MDAH

le 21 mars 1974 : Curage ganglionnaire cervical gauche radical. 11 des 13 ganglions prélevés étaient envahis par la métastase du carcinome et 7 d'entre eux présentaient une rupture capsulaire.

Bonne cicatrisation.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 7200 rads au niveau lésionnel. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6600 rads à gauche et 5600 rads à droite par Cobaltothérapie. Les aires ganglionnaires spinales ont reçu 6700 rads à gauche et 4900 rads à droite par combinaison de Cobaltothérapie et d'Electronthérapie.

Résultat primaire : Persistance d'une exulcération du carrefour des trois replis à gauche.

La tolérance a été moyenne avec oedème du larynx et une radiomucite punctiforme.

3 mois après : Le malade est décédé dans un tableau d'insuffisance respiratoire aigue avec asphyxie. Il y a eu probablement un envahissement médiastinal et bronchique par la tumeur primitive associé à un épanchement péricardique.

**

74-2692 : Monsieur J..... Maurice, était porteur en août 1974 de métastases ganglionnaires jugulo-carotidiennes moyennes gauches d'un carcinome anaplasique d'origine indéterminée.

Stade : T_0N_1b UICC
T_0N_2A MDAH

Il est alors pratiqué un curage ganglionnaire cervical gauche radical.
Les 23 ganglions prélevés étaient tous envahis par la métastase du carcinome et présentaient tous une rupture capsulaire.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 5100 rads au niveau du nasopharynx et de l'oropharynx. Surdosage de 1500 rads au niveau des aires ganglionnaires cervicales gauches par électronthérapie.
Les aires ganglionnaires cervicales postérieures ont reçu 6000 rads à droite et à gauche.

La tolérance a été moyenne avec amaigrissement de 9 kgs, érythème avec desquamation sèche et radiomucite punctiforme.

4 mois après : Reprise évolutive ganglionnaire axillaire gauche.

Mise en route d'une chimiothérapie par Peptichemio.

2 mois après : reprise évolutive métastatique osseuse vertébrale.

Irradiation à visée antalgique : 2000 rads GD localement.

Le malade est décédé dans un tableau de reprise évolutive ganglionnaire et générale.

**

74-849 : Monsieur L..... Marcel, était porteur d'un carcinome malpighien du sinus piriforme droit s'accompagnant d'une adénopathie jugulo-carotidienne moyenne droite mobile.

Stade : T_3N_1b UICC
T_3N_1 MDAH

Il est alors pratiqué une pharyngo-laryngectomie totale avec curage ganglionnaire cervical droit radical.
Les tranches de section de la pièce d'exérèse étaient indemnes de tout envahissement.
Trois des six ganglions prélevés étaient envahis par la métastase du carcinome et présentaient une rupture capsulaire.

Bonne cicatrisation.

Persistance d'une adénopathie sous-digastrique droite de 1,5 cm.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 6300 rads au niveau des néopharynx. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads par cobaltothérapie. Les aires ganglionnaires spinales ont reçu 5600 rads par combinaison de Cobaltothérapie et d'Electronthérapie de 7 MeV.

Résultat primaire : Persistance de l'adénopathie sous-digastrique droite.

La tolérance a été moyenne avec un érythème et desquamation sèche.

12 mois après : Métastase ganglionnaire sus-claviculaire gauche en plein volume irradié.
Métastase osseuse au niveau de D_{12} et de l'insertion térieure de la 2ème côte droite.

Cobaltothérapie au niveau de la métastase vertébrale délivrant une dose de 3000 rads. Disparition de douleurs.

**

73-2800 : Monsieur L..... Eugène, 73 ans, était porteur en août 1973 d'un carcinome malpighien de l'oropharynx, s'accompagnant d'adénopathies bilatérales, fixées à droite, mobiles à gauche.

Stade : T_4N_3 UICC
T_4N_3B MDAH

Chimiothérapie première par Bléomycine : Dose totale de 300 mg.

Il est ensuite pratiqué un curage ganglionnaire cervical droit radical. La masse ganglionnaire était envahie par la métastase du carcinome et présentait une rupture capsulaire.

Cobaltothérapie pos-opératoire non conforme en raison du décès du malade en cours de l'irradiation.
La dose délivrée a été de 2800 rads au niveau lésionnel et de 3200 rads au niveau sus-claviculaire . Les aires ganglionnaires spinales ont reçu 3000 rads par combinaison de Cobaltothérapie et d'Electronthérapie.

La régression lésionnelle était alors quasi-complète. Les adénopathies persistaient du côté droit avec une régression de 60 % de leur volume.

Le malade a présenté un coma profond avec aréflexie . Le décès est sans rapport avec l'affection traitée. Il s'agit d'une origine vasculaire chez un malade hypertendu et diabétique : ramollissement ou hémorragie cérébrale.

**

73-2268 : Monsieur L..... Pierre était porteur (52ans) en août 1973 de la métastase ganglionnaire sous-digastrique droite mobile d'un carcinome malpighien d'origine indéterminée.

Stade : T_0N_1b UICC
T_0N_2A MDAH

Il est alors pratiqué un curage ganglionnaire cervical droit modifié. Les 6 ganglions prélevés étaient tous le siège de la métastase du carcinome et deux d'entre eux présentaient une rupture capsulaire.

Radiothérapie post-opératoire délivrant une dose de 7000 rads au niveau du nasopharynx . Les aires ganglionnaires cervicales ont reçu 6300 rads à droite et 5000 rads à gauche par Electronthérapie.

Résultat primaire : Persistance d'un petit reliquat ganglionnaire cervical postérieur droit.

La tolérance a été mauvaise avec amaigrissement de 5 kgs, érythème avec desquamation sèche et très vives réactions de radiomucite.

12 mois après : Il n'existe aucun signe de récidive loco-régionale , ni d'évolution générale.

**

75-683 : Monsieur L..... Marco était porteur en mars 1975 d'un carcinome malpighien peu différencié de la margelle laryngée droite et d'un carcinome malpighien différencié de la bouche oesophagienne s'accompagnant d'une adénopathie jugulo-carotidienne moyenne droite mobile.

Stade : T_3N_1b UICC
T_3N_2A MDAH
) larynx sus-glottique.

Il est alors pratiqué une pharyngo-laryngectomie totale avec curage ganglionnaire cervical droit radical.
Aucun des ganglions prélevés n'était envahi par la métastase du carcinome.

Bonne cicatrisation.

Cobaltothérapie au niveau du mésopharynx et de l'oropharynx délivrant une dose de 4500 rads . Cobaltothérapie délivrant une dose de 5000 rads au niveau de la bouche oesophagienne.

Les aires ganglionnaires spinales ont reçu 5000 rads par Electronthérapie.

La tolérance a été bonne avec érythème sans desquamation et radiomucite peu vive.

10 mois après : Il n'existe aucun signe de récidive loco-régionale ni d'évolution générale.

**

72-2247 : Monsieur L..... Louis était porteur en octobre 1972 d'un carcinome malpighien très peu différencié et non kératinisant du sinus piriforme droit s'accompagnant d'une adénopathie jugulo-carotidienne droite mobile.

Stade : T_3N_1b UICC
T_4N_2A MDAH

le 13 novembre 1972 : Pharyngo-laryngectomie totale avec curage ganglionnaire cervical droit modifié.
Les tranches de section de la pièce d'exérèse étaient indemnes de tout envahissement.
Deux des quatre ganglions prélevés étaient envahis par la métastase du carcinome. Pas de rupture capsulaire.

Bonne cicatrisation.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 6000 rads au niveau lesionnel. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads à droite et 5000 rads à gauche.

La tolérance a été bonne avec discret érythème et quelques réactions de radiomucite punctiforme.

Résultat primaire : difficile à apprécier.

26 mois après : Il n'existe aucun signe de récidive loco-régionale.
Apparition de métastases pulmonaires bilatérales.

**

73-1588 : Monsieur M..... Claude, 50 ans, était porteur en juillet 1973 d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant du sinus piriforme droit s'accompagnant d'une adénopathie jugulo-carotidienne moyenne droite fixée.

Stade : T_3N_3 UICC
T_3N_3A MDAH

Il a tout d'abord été pratiqué une chimiothérapie délivrant une dose totale de 225 mg de Bléomycine.

On effectue alors une pharyngo laryngectomie totale avec curage ganglionnaire cervical droit radical.
Les tranches de section de la pièce d'exérèse étaient indemnes de tout envahissement. Les plans musculaires antérieurs étaient envahis par le processus néoplasique .
La masse ganglionnaire était envahie par la métastase du carcinome et présentait une rupture capsulaire.
Les 10 autres ganglions prélevés étaient tous indemnes d'envahissement.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 6000 rads au niveau du néopharynx. et des aires ganglionnaires cervicales.

Apparition d'une fistule à la partie inférieure de la cicatrice, rapidement résolutive.

La tolérance a été moyenne avec dysphagie et radiomucite modérée.

12 mois après : Altération de l'état général avec amaigrissement de 8 kgs, dyspnée , toux, hépatomégalie.
Reprise évolutive de type métastatique au niveau hépatique et des deux champs pulmonaires.
Pas de récidive locale.

**

73-1698 : Monsieur M..... Georges, 73 ans, était porteur en juillet 1973 de la métastase ganglionnaire sous-maxillaire droite d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant d'origine indéterminée.

Stade : T_0N_1b UICC
T_0N_1 MDAH

Il est alors pratiqué un curage ganglionnaire sous-maxillaire droit fonctionnel.
Le ganglion prélevé était envahi par la métastase du carcinome, avec rupture capsulaire.

La radiothérapie après chirurgie n'a pas été conforme, car le malade a présenté une infection intercurrente ayant motivé l'interruption

temporaire du traitement.

Cobaltothérapie ayant délivré une dose de 5000 rads au niveau cervical. Surdosage du côté droit jusqu'à 6900 rads par Electronthérapie.
Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads par Cobaltothérapie. Les aires ganglionnaires spinales droites ont reçu 4400 rads par Electronthérapie.

La tolérance a été mauvaise avec amaigrissement de 7 kgs, mycose buccale et radiomucite punctiforme vive.

12 mois après : Il n'existe aucun signe de récidive régionale, ni d'évolution générale.
La lésion primitive est toujours inconnue.

**

72-1654 : Monsieur M..... Edouard, 42 ans, était porteur en juillet 1972 d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant du sinus piriforme droit, s'accompagnant d'une adénopathie jugulo-carotidienne moyenne droite fixée.

Stade : T_3N_3 UICC
T_3N_3A MDAH

Il est alors pratiqué un curage ganglionnaire cervical droit radical.
2 des 5 ganglions étaient envahis par la métastase du carcinome avec rupture capsulaire et extension au muscle et au tissu conjonctif de voisinage.

Chimiothérapie délivrant une dose de 300 mg de Bléomycine.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 6500 rads au niveau lésionnel.
Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads à droite et 5000 rads à gauche.

Résultat primaire : Disparition de la lésion primitive.
Pas d'adénopathie.

La tolérance a été moyenne avec amaigrissement de 2 kgs, érythème et desquamation humide, radiomucite punctiforme.

2 mois arpès : Reprise évolutive ganglionnaire controlatérale jugulo-carotidienne moyenne gauche.
Lésion primitive présente non évolutive.

5 mois après : Curage ganglionnaire cervical gauche radical.

La pièce du curage était massivement envahie par la métastase du carcinome avec extension vers la mastoïde et la base du crâne.

Dans les suites, apparition d'une fibrose cervicale.

7 mois après : Lésion primitive toujours quiescente.
Pas d'adénopathie.
Pas de métastase.

**

72-1381 : Monsieur M..... Pierre, 60 ans, était porteur en juin 1972 d'un carcinome malpighien différencié du larynx sus-glottique, sans adénopathie.

Stade : T_4N_0 UICC
T_4N_0 MDAH

Il est alors pratiqué une pharyngo-laryngectomie totale avec curage ganglionnaire cervical gauche radical.
Les tranches de section de la pièce d'exérèse étaient indemnes de tout envahissement.
1 des quatre ganglions prélevés était envahi par la métastase du carcinome, sans rupture capsulaire.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 6000 rads au niveau du néopharynx. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads par Cobaltothérapie.

La tolérance a été bonne avec discret érythème et quelques réactions de radiomucite punctiforme.

1 mois après : Reprise évolutive ganglionnaire cervicale droite .
Mise en route d'une chimiothérapie par Oncovin et Méthotrexate.

Après 8 cures : Disparition des adénopathies
Pas de métastase .

14 mois après : métastases pulmonaires au lacher de ballon
Chimiothérapie par Ifosfamide.

10 mois après : Altération de l'état général avec amaigrissement de 10 kgs.
Arrêt de l'Ifosfamide.

4 mois après : Le malade est décédé dans un tableau de poursuite de l'évolution générale.

**

73-1645 : Monsieur M..... Louis, 45 ans, était porteur en juillet 1973 d'un carcinome malpighien du cavum , s'accompagnant d'adénopathies cervicales bilatérales.

Stade : T_2N_3 UICC
T_2N_3B MDAH

Il est alors pratiqué un curage ganglionnaire cervical bilatéral radical. Les 9 ganglions prélevés étaient le siège de la métastase du carcinome avec rupture capsulaire. Il existait un envahissement au niveau des chaines cervicales postérieures.

Délai chirurgie-radiothérapie : 3 mois (retard de cicatrisation).

Radiothérapie post-opératoire délivrant une dose de 7000 rads au niveau du cavum . Les aires ganglionnaires cervicales ont reçu 6000 rads par électronthérapie.

Résultat primaire : Disparition de la lésion primitive.
Pas d'adénopathies cliniquement palpables.

La tolérance a été bonne avec un discret érythème et desquamation sèche et quelques réactions de radiomucite punctiforme.

12 mois après : Il n'existe aucun signe de récidive loco-régionale ni d'évolution générale.

16 mois après : Le malade est décédé.

**

74-1233 : Monsieur M..... René était porteur en juin 1974 d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant du trigone retro-molaire s'étendant au revêtement muqueux de la branche montante du maxillaire inférieur s'accompagnant d'une masse ganglionnaire cervicale droite.

Stade : T_3N_3 UICC
T_3N_3A MDAH

Il est alors pratiqué un curage ganglionnaire cervical droit radical. La masse ganglionnaire est massivement envahie par la métastase du carcinome avec rupture capsulaire, extension au muscle et au tissu conjonctif de voisinage.
Nombreux embols néoplasiques dans les veines et

les lymphatiques.

Le délai chirurgie-radiothérapie a été anormalement long (2 mois) en raison d'un retard du aux extractions dentaires.
Evolution tumorale envahissant sous forme plurinodulaire la peau et la cicatrice.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 5000 rads au niveau lésionnel. Surdosage de 2000 rads par Electronthérapie de 19 MeV.
Les aires ganglionnaires jugulo-carotidiennes supérieures et moyennes ont reçu 7000 rads à droite, 6500 rads à gauche par Cobaltothérapie. Surdosage à ce niveau de 1000 rads par Electronthérapie de 7 MeV. Les aires ganglionnaires spinales ont reçu 7000 rads par combinaison de Cobaltothérapie et d'Electronthérapie.

Résultat primaire : Disparition complète de la lésion primitive et des nodules de perméation au niveau spinal.
Regression incomplète de l'infiltration cervicale droite.

La tolérance a été bonne sur le plan général et fonctionnel.
Erythème avec desquamation humide. Radiomucite punctiforme.

Dans les suites, apparition d'une sclérose cervicale droite.

4 mois après : Reprise évolutive ganglionnaire massive avec nodules de perméation et néoformations ulcérées et suintantes au niveau spinal, sous-maxillaire, sous-digastrique et jugulo-carotidien moyen.

Le malade est décédé dans un tableau de poursuite de l'évolution régionale.

**

73-2599 : Monsieur P..... Aymé, 67 ans, était porteur en octobre 1973 d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant du voile du palais s'étendant au pilieur antérieur de l'amygdale gauche et d'un carcinome malpighien différencié et peu kératinisant de la paroi latérale gauche de l'hypopharynx s'accompagnant d'une adénopathie jugulo-carotidienne moyenne gauche fixée.

Stade : T_2N_3 UICC) voile du palais
T_2N_3A MDAH)

T_3N_3 UICC) hypopharynx
T_3N_3A MDAH)

Il est alors pratiqué un curage ganglionnaire cervical gauche radical. 5 des 18 ganglions prélevés étaient envahis par la métastase du carcinome et 1 d'entre eux présentait une rupture capsulaire avec envahissement du tissu conjonctif.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 5200 rads au niveau du voile et de 6000 rads au niveau de l'hypopharynx. Surdosage de 1400 rads au niveau du voile par photonthérapie de 25 MeV. Surdosage de 1000 rads au niveau de l'hypopharynx par Electronthérapie de 13 MeV.
Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 5400 rads par Cobaltothérapie . Les aires ganglionnaires spinales ont reçu 6300 rads à gauche et 4800 rads à droite par Electronthérapie de 7 MeV.

Résultat primaire : Légère dépression résiduelle au niveau du voile avec granulations, mais sans infiltration.
Oedème de la margelle laryngée.
Pas d'adénopathie.

Très bonne tolérance.

6 mois après : Récidive locale au niveau de l'hypopharynx.
Pas d'adénopathie.

Le malade est décédé 2 mois après dans un tableau de poursuite de l'évolution locale.

**

74-2432 : Monsieur P..... Jean, 44ans était porteur en octobre 1974 d'un carcinome malpighien différencié et peu kératinisant du sinus piriforme droit avec atteinte du mur pharyngo-laryngé et de la région retro-cricoïdienne, sans adenopathie.

Stade : T_3N_0 UICC
T_3N_0 MDAH

le 28 octobre 1974 : Pharyngo-laryngectomie totale avec curage ganglionnaire cervical droit radical.
Les tranches de section de la pièce d'exérèse étaient indemnes de tout envahissement.
Aucun des 5 ganglions prélevés n'était envahi par la métastase du carcinome.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 6000 rads au niveau du néopharynx. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 5000 rads par Cobaltothérapie . Les aires ganglionnaires spinales ont reçu 4400 rads par Electronthérapie.

Tolérance moyenne avec apparition d'un jabot post-radiothérapique.

4 mois après : Suppuration du trachéostome.
Fibrose cervicale.

18 mois après : Il n'existe aucun signe de récidive loco-régionale, ni d'évolution générale.

**

74-1909 : Monsieur P..... Maurice était porteur en mai 1974 , d'un carcinome malpighien peu différencié et non kératinisant du larynx sus-glottique gauche s'accompagnant d'une adénopathie sous-digastrique gauche mobile.

Stade : T_3N_1b UICC
T_3N_1 MDAH

Il est alors pratiqué une pharyngo-laryngo-épiglectomie totale avec curage ganglionnaire cervical gauche modifié.
Les tranches de section de la pièce d'exérèse étaient indemnes de tout envahissement.
Les deux ganglions prélevés étaient le siège de la métastase du carcinome et l'un présentait une rupture capsulaire.

Bonne cicatrisation. Bourrelet oedèmateux de l'orifice de trachéostomie.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 5100 rads au niveau du néopharynx. Surdosage de 1000 rads à ce niveau par Electronthérapie de 13 MeV. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads à gauche et 5000 rads à droite par cobaltothérapie.

La tolérance a été moyenne avec amaigrissement de 1 kg et érythème.

L'apparition de nodules sous-cutanés en fin de traitement et leur biopsie fait réviser le diagnostic histologique : Il s'agissait d'un apudome avec localisation laryngée
ganglionnaire
cutanée.

Mise en route d'une chimiothérapie : Oncovin
Endoxan
Adriamycine

Le malade est décédé 5 mois après, ayant reçu 2 cures de chimiothérapie .

**

74-1103 : Monsieur P..... Georges, 73 ans, était porteur en avril 1974 d'un carcinome malpighien peu différencié et non kératinisant de la parotide gauche avec adénopathies jugulo-carotidiennes gauches.

Stade : non prévu par la classification UICC
MDAH

le 9 mai 1974 : Parotidectomie totale gauche avec curage ganglionnaire cervical gauche radical.
1 des 3 ganglions prélevés était envahi par la métastase du carcinome.

Bonne cicatrisation.
Pas de paralysie faciale.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 5000 rads au niveau de la loge parotidienne. Surdosage de 2000 rads à ce niveau par Electronthérapie. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 5000 rads par Cobaltothérapie .

Bonne tolérance.

Dans les suites, apparition d'une hyposialie, d'une hypoacousie gauche et d'une sclérose des masseter.

13 mois après : il n'existe aucun signe de récidive loco-régionale , ni d'évolution générale.

**

75-0596 : Monsieur R..... Roger, était porteur en février 1975 de la métastase ganglionnaire jugulo-carotidienne moyenne droite d'un carcinome malpighien d'origine indéterminée.

Stade : T_0N_1b UICC
T_0N_2A MDAH

le 14 mars 1975 : Curage ganglionnaire cervical droit radical.

5 ganglions sur les 10 prélevés étaient envahis par la métastase du carcinome.
2 présentaient une rupture capsulaire.

Bonne cicatrisation.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 5000 rads au niveau cervical. Surdosage jusqu'à 6000 rads à ce niveau par Electronthérapie.

La tolérance a été moyenne avec amaigrissement de 8 kgs, asialie, dysphagie transitoire, érythème et desquamation sèche, quelques réactions de radiomucite punctiforme .

10 mois après : Il n'existe aucun signe de récidive régionale ou d'évolution générale.
La lésion primitive est toujours inconnue.

**

74-081 : Monsieur R..... Louis était porteur en mars 1974 de la métastase ganglionnaire jugulo-carotidienne moyenne droite d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant d'origine indéterminée.

Stade : T_0N_3 UICC
T_0N_3A MDAH

le 18 avril 1974 : Curage ganglionnaire cervical droit radical.
L'énorme masse ganglionnaire était envahie par la métastase du carcinome. Rupture capsulaire avec extension au muscle et au tissu conjonctif de voisinage. Embols néoplasiques dans les veines et les lymphatiques.
Les 7 autres ganglions prélevés étaient indemnes de tout envahissement.

Bonne cicatrisation.

Electronthérapie de la région cervicale droite jusqu'à une dose de 6000 rads.
Bonne tolérance.

10 mois après le curage : Il n'existait aucun signe de récidive locorégionale, ni d'évolution générale.

16 mois après : le malade est décédé.

**

74-3129 : Monsieur R..... Pierre, 52 ans, était porteur en novembre 1974 d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant du plancher de la bouche avec extension au maxillaire inférieur, s'accompagnant d'adénopathies sous-maxillaires et sous-digastriques bilatérales.

Stade : T_4N_3 UICC
T_4N_3B MDAH

Chimiothérapie délivrant une dose de 300 mg de Bléomycine.
Régression de la lésion primitive de 20 % ; Adénopathies identiques .

le 5 mars 1975 : Pelvimandibulectomie avec curage sous-maxillaire et sous-digastrique bilatéral.
Aucun des 14 ganglions prélevés n'était le siège d'un envahissement.

Perte de substance comblée par un lambeau frontal uni-pédiculé.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 6000 rads au niveau lésionnel.
Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 5000 rads par cobaltothérapie.

Reprise en greffe libre du lambeau.

Trachéostomie pour insuffisance respiratoire aigüe.

Puis dans les suites, on note l'apparition d'une incontinence salivaire.
d'une fibrose cervicale.
d'une impossibilité à s'ali-menter par voie orale.

Mise en place d'un sonde de gastrostomie.

16 mois après : Il n'existe aucun signe de récidive loco-régionale, ni d'évolution générale.
Le malade supporte bien sa trachéostomie et sa gastrostomie.

**

72-2435 : Monsieur R..... Marcel était porteur en novembre 1972 d'un carcinome malpighien de la lèvre inférieure et d'un carcinome malpighien de l'amygdale gauche, s'accompagnant d'adénopathies jugulo-carotidiennes moyennes gauches.

Stade : T_3N_3 UICC
T_4N_3B MDAH
) lèvre inférieure

T_2N_3 UICC
T_2N_3B MDAH
} amygdale

le 16 janvier 1973 : Curage ganglionnaire cervical gauche radical. Deux des quatre ganglions prélevés étaient envahis par la métastase du carcinome et présentaient une rupture capsulaire avec extension au muscle et au tissu conjonctif de voisinage.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 6400 rads au niveau de la lèvre et de 5100 rads au niveau de l'amygdale gauche. Surdosage au niveau de la lèvre par curiethérapie. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads par cobaltothérapie.

Résultat primaire : Disparition complète de la lésion amygdalienne. Induration fibreuse de l'hémi-lèvre inférieure droite. Induration sous-maxillaire droite.

La tolérance a été bonne avec érythème discret.

Dans les suites, on note l'apparition d'une asialie et d'une fibrose cervicale.

9 mois après : Altération de l'état général avec ulcération au niveau de la vallécule gauche. Récidive locale du carcinome malpighien en limite du volume traité dans une zône ayant reçu environ 4000 rads.

1 mois après : Glosso-épiglottectomie après trachéostomie. Apparition d'un pharyngostome avec infection à pyocyanique.

3 mois après : Récidive au niveau de la langue nécessitant une glossectomie totale. Néoplasme bronchique primitif droit.

Abstention thérapeutique et mise en place d'une sonde de gastrostomie. Le malade est alors décédé.

**

74-0516 : Monsieur R..... Lucien était porteur en janvier 1974 de la métastase ganglionnaire jugulo-carotidienne moyenne droite d'un carcinome anaplasique d'origine indéterminée.

Stade : T_0N_1b UICC
T_0N_2B MDAH

Il est alors pratiqué un curage ganglionnaire cervical droit radical.
Deux des 25 ganglions prélevés étaient envahis par la métastase du carcinome sans rupture capsulaire.

Bonne cicatrisation.

Electronthérapie au niveau cervical droit délivrant une dose de 7500 rads.

Tolérance excellente avec discret érythème.

10 mois après : Métastase osseuse fémorale droite,
Cobaltothérapie à ce niveau : 3000 rads.

6 mois après : radiothérapie vertébrale anti-inflammatoire.

2 mois après : Il n'existe aucun signe de reprise évolutive loco-régionale ou générale.

**

72-1605 : Monsieur S..... Henri était porteur en juillet 1972 d'un carcinome malpighien différencié et peu kératinisant du sinus piriforme gauche s'accompagnant d'adénopathies jugulo-carotidiennes gauches.

Stade : T_3N_1b UICC
T_3N_2A MDAH

Il est alors pratiqué une pharyngo-laryngectomie totale avec curage jugulo-carotidien gauche modifié.
Les tranches de section de la pièce d'exérèse étaient envahies par le carcinome.
Les deux ganglions prélevés étaient massivement envahis par la métastase du carcinome avec rupture capsulaire et adhérence à la veine jugulaire interne.

Bonne cicatrisation.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 5500 rads au niveau du néopharynx. Les aires ganglionnaires jugulo-carotidiennes ont reçu 6000 rads à gauche et 5000 rads à droite. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads à gauche et 5000 rads à droite par cobaltothérapie.

Résultat primaire : non appréciable. Irradiation de reliquats infra-clinique

La tolérance a été bonne avec radiomucite punctiforme.

3 ans après : il n'existe aucun signe de récidive loco-régionale ,ni d'évolution générale.
Le patient parle de façon satisfaisante. Bon état général.

**

72-693 : Monsieur T..... Georges était porteur en avril 1972 d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant du sinus piriforme droit , s'accompagnant d'adénopathies sous-digastriques droites.

Stade : T_3N_1b UICC
T_3N_2A MDAH

Il est alors pratiqué une pharyngo-laryngectomie totale avec curage ganglionnaire cervical droit modifié.
Les tranches de section de la pièce d'exérèse étaient indemnes de tout envahissement.
Deux des quatres ganglions prélevés étaient envahis par la métastase du carcinome, et présentaient une rupture capsulaire.

Bonne cicatrisation.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 6000 rads au niveau du néopharynx.

8 mois après : Récidive locale au niveau de la base de la langue et de la paroi droite de l'entonnoir pharyngé.
Reprise évolutive ganglionnaire sous-mastoïdienne avec extension vers la base du crâne.

Abstention thérapeutique.
Le malade est décédé dans un tableau de poursuite de l'évolution locorégionale.

**

73-205 : Monsieur T..... Roger, 51 ans, était porteur en janvier 1973 d'un carcinome malpighien du sinus piriforme gauche, s'accompagnant d'une adénopathie jugulo-carotidienne droite.

Stade : T_3N_1b UICC
T_3N_2 MDAH

Il est alors pratiqué une pharyngo-laryngectomie totale avec curage ganglionnaire cervical droit radical.
La tranche de section de la pièce d'exérèse était positive au niveau de la base de langue. La loge pré-épiglottique était envahie par le carcinome.
La masse ganglionnaire était envahie par la métastase du carcinome avec rupture capsulaire, envahis-

sement du tissu conjonctif et du muscle, extension vers l'artère carotide interne où du tissu néoplasique a été laissé en place.

Cobaltothérapie post-opératoire délivrant une dose de 5600 rads au lieu de 6000 rads au niveau du néopharynx en raison de la mauvaise tolérance. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads par Cobaltothérapie. Les aires ganglionnaires cervicales postérieures ont reçu 5250 rads à droite et 4800 rads à gauche par combinaison d'électronthérapie et de cobaltothérapie.

La tolérance a été mauvaise avec érythème et desquamation humide, radiomucite punctiforme et réduction de l'orifice de trachéostomie nécessitant un geste de desobstruction.

5 mois après : Reprise évolutive locale.
Abstention thérapeutique.

Le malade est décédé 7 mois après dans un tableau de reprise évolutive.

**

73-2457 : Madame V..... Marie-Léopold, 75 ans, était porteuse en novembre 1973 d'un carcinome malpighien différencié et peu kératinisant de la portion mobile de la langue étendu au plancher, s'accompagnant d'adénopathies bilatérales fixées à droite, mobiles à gauche.

Stade : T_3N_3 UICC
T_3N_3B MDAH

le 18 décembre 1973 : curage ganglionnaire cervical droit radical.
Bloc ganglionnaire tumoral envahissant le lobe thyroïdien droit nécessitant une lobectomie partielle supérieure droite.
La pièce opératoire était envahie par la métastase du carcinome avec rupture capsulaire, extension au tissu conjonctif, au muscle, au nerf.
L'exploration cervical gauche per-opératoire a montré l'absence d'envahissement.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 5000 rads au niveau lésionnel. Surdosage de 1500 rads par électronthérapie. Surdosage à ce niveau de 2800 rads par curiethérapie. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads à droite, 5000 rads à gauche.

Résultat primaire : Reliquat lésionnel dans le 1/3 antérieur de la portion mobile de la langue et du plancher buccal.

La tolérance a été moyenne avec amaigrissement de 5 kgs, érythème sans desquamation et radiomucite punctiforme.

7 mois après : Récidive locale de la lésion ulcéro-inflitrante du plancher buccal. Pas d'adénopathie.

Pelviglossectomie partielle : La pièce opératoire est massivement envahie par le carcinome.

Désunion de la cicatrice rapidement résolue.

4 mois après : vaste ulcération nécrotique à bords indurés.

La malade est décédée 6 mois après dans un tableau de poursuite de l'évolution locale.

**

71-988 : Monsieur V..... Ignace, 62 ans, était porteur en avril 1973 de la métastase ganglionnaire sous-digastrique gauche d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant d'origine indéterminée.

Stade : T_0N_1b UICC
T_0N_2A MDAH

le 16 mai 1973 : Curage ganglionnaire cervical gauche radical.
1 ganglion sur les 20 prélevés était envahi par la métastase du carcinome et présentait une rupture capsulaire avec extension au muscle et au tissu conjonctif de voisinage.

Electronthérapie de 7 MeV délivrant une dose de 6000 rads au niveau de la région jugulo-carotidienne supérieure gauche et de 5000 rads au niveau de la région jugulo-carotidienne inférieure gauche.

Bonne tolérance avec discret érythème et desquamation sèche.
Dans les suites, on note l'apparition d'une discrète fibrose cervicale.

25 mois après : Il n'existe aucun signe de récidive régionale, d'évolution générale. La lésion primitive reste toujours indéterminée.

**

73-2251 : Madame V..... Elisabeth, 71 ans était porteuse en octobre 1973 d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant de la partie inférieure de la face interne de la muqueuse buccale à droite s'accompagnant d'une adénopathie sous-maxillaire droite.

Stade : T_2N_1b UICC
T_2N_1 MDAH

le 21 décembre 1973 : Curage ganglionnaire sous-maxillaire droit avec exérèse chirurgicale de la lésion primitive.

Les ganglions prélevés étaient tous indemnes d'envahissement.

Radiothérapie post-opératoire cervicale par électronthérapie.

20 mois après : Il n'existe aucun signe de récidive loco-régionale , ni d'évolution générale.

**

73-0465 : Monsieur W..... Stanislas,72 ans, était porteur en janvier 1973 d'un carcinome malpighien du sinus piriforme gauche, s'accompagnant d'une adénopathie sous-digastrique gauche.

Stade : T_3N_1 b UICC
T_3N_1 MDAH

Il est alors pratiqué un curage ganglionnaire jugulo-carotidien gauche fonctionnel.
Le ganglion prélevé était envahi par la métastase du carcinome, sans rupture capsulaire.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 6000 rads au niveau lésionnel. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads à gauche et 5000 rads à droite par cobaltothérapie. Les aires ganglionnaires spinales ont reçu 5000 rads par combinaison de Cobaltothérapie et d'Electronthérapie.

La tolérance a été mauvaise avec amaigrissement de 5 kgs, érythème important et desquamation humide, radiomucite confluente.

Résultat primaire : Disparition complète de la lésion primitive.
Blindage de la région jugulo-carotidienne gauche
s'agit-il d'une complication ou d'un reliquat ?

Le malade est décédé 4 mois après.

73-81 : Monsieur B..... André, 64 ans, était porteur en janvier 1973 d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant du sinus piriforme droit s'accompagnant d'une adénopathie sous-digastrique droite mobile.

Stade : T_3N_1b UICC
T_3N_2A MDAH

Le 19 janvier 1973 : Pharyngo-laryngectomie totale avec curage ganglionnaire cervical droit radical.
La pièce opératoire était envahie par le carcinome.
Les tranches de section ne présentaient pas d'envahissement.
2 des 8 ganglions prélevés étaient envahis par la métastase du carcinome et l'un présentait une rupture capsulaire avec extension au tissu conjonctif et au muscle de voisinage.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 5100 rads au niveau du néopharynx. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads à droite et 5200 rads à gauche.

Pharyngostome rapidement résolu.

Ce malade porte pendant 6 mois une sonde naso-gastrique en raison d'une petite fistule paratrachéale droite.

30 mois après la fin du traitement, il n'existe aucun signe de récidive loco-régionale ni d'évolution générale.

**

74-1799 : Monsieur G..... Bernard, 39 ans, était porteur en juillet 1974 d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant de la portion mobile de la langue sans adénopathie.

Stade : T_2N_0 UICC
T_3N_0 MDAH

Le 24 Juillet 1974 : exérèse de la tumeur primitive (glossectomie partielle) avec curage ganglionnaire cervical supra-hyoïdien bilatéral.
1 ganglion sous-digastrique sur les 5 ganglions prélevés était envahi par la métastase du carcinome.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 5000 rads puis surdosage par combinaison photons-électrons de 2000 rads au niveau lésionnel.
Cobaltothérapie délivrant une dose de 6000 rads à gauche et 5000 rads à droite au niveau des aires ganglionnaires cervicales.
Surdosage au niveau sous-digastrique et spinal par électronthérapie.

Le malade est décédé 6 mois plus tard dans un tableau de récidive locale sous la forme d'une ulcération linguale.

**

73-866 : Monsieur W..... Roger, 52 ans, était porteur en avril 1973 d'un carcinome malpighien différencié et peu kératinisant du larynx glottique avec extension aux 3 étages et envahissement de la loge pré-épiglottique s'accompagnant d'une adénopathie sous-digastrique droite mobile.

Stade : T_3N_1b UICC
T_3N_2 MDAH

Le 18 mai 1973 : Pharyngo-laryngectomie totale avec curage ganglionnaire cervical droit modifié.
2 ganglions sur les 6 prélevés étaient envahis par la métastase du carcinome sans rupture capsulaire :
Les tranches d'exérèse de la pièce opératoire étaient envahies par le carcinome.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 5100 rads au niveau du néo-pharynx. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 5500 rads à droite et 5000 rads à gauche. Les aires ganglionnaires spinales ont reçu 5500 rads à droite et 5000 rads à gauche par combinaison de cobaltothérapie et d'électronthérapie.

Fibrose cervicale dans les suites.

20 mois après : il n'existe aucun signe de récidive loco-régionale, ni d'évolution générale.

**

73-83 : Monsieur Z..... Olivo, 59 ans, était porteur en janvier 1973 d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant de la margelle laryngée gauche s'étendant au sinus piriforme gauche, s'accompagnant d'adénopathies homolatérales multiples.

Stade : T_3N_1 b UICC
T_3N_2 B MDAH

Le 30 janvier 1973 : Pharyngo-laryngectomie totale avec curage ganglionnaire cervical gauche radical.
La pièce opératoire était massivement envahie par le carcinome. Les tranches de section étaient également envahies.
Les 4 ganglions prélevés étaient tous envahis par la métastase du carcinome et 2 d'entre eux présentaient une rupture capsulaire.

Une irradiation post-opératoire était prévue.

Dans les suites, apparition d'une fistule avec encombrement broncho-pulmonaire et hyperthermie.
Le malade est décédé dans ce tableau de pneumopathie de déglutition.

**

75-0866 : Monsieur G..... Michel, 50 ans, était porteur en mars 1975 d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant du sinus piriforme gauche s'accompagnant d'une adénopathie sous-digastrique gauche.

Stade : T_3N_1 b UICC
T_3N_2 A MDAH

Le 7 avril 1975 : Pharyngo-laryngectomie totale avec curage ganglionnaire cercical gauche radical, droit modifié. La pièce opératoire était envahie par le carcinome.
Les tranches de section et le mur pharyngo-laryngé étaient envahis par le processus néoplasique.
Le ganglion sous-digastrique gauche était envahi par la métastase du carcinome avec rupture capsulaire, extension au tissu conjonctif et au muscle de voisinage.
Les 15 autres ganglions prélevés étaient indemnes de tout envahissement.

Petit retard de cicatrisation vite résolu.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 6000 rads au niveau du néopharynx. Seules les aires ganglionnaires sus-claviculaires droites ont pu être irradiées : elles ont reçu 5000 rads. Les aires ganglionnaires spinales ont reçu 4400 rads par électronthérapie.

Septembre 1975 : Syndrome de surinfection pulmonaire du à une fistule oeso-trachéale.
Apparition de métastases pulmonaires bilatérales.

Le malade est décédé dans ce tableau de poursuite évolutive métastatique.

**

74-2841 : Monsieur D..... Paul, 37 ans, était porteur en octobre 1974 d'un carcinome malpighien métaplasique de la parotide gauche, s'accompagnant d'adénopathies homolatérales mobiles.

Stade : non prévu par la classification UICC
MDAH

Le 4 décembre 1974 : Parotidectomie totale avec curage ganglionnaire cervical gauche modifié.
22 ganglions sur les 25 prélevés étaient envahis par la métastase du carcinome sans rupture capsulaire.

Suites opératoires compliquées par une désunion de la cicatrice nécessitant une reprise chirurgicale le 24 décembre 1974 avec poursuite de l'évolution néoplasique au niveau cicatriciel.

Mise en route d'une chimiothérapie : Endoxan
Méthotrexate
Velbé.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 4800 rads seulement au niveau de la loge parotidienne devant l'existence d'une perte cutanée.
Les aires ganglionnaires cervicales moyennes et inférieures ont reçu 6000 rads à gauche.

Le 7 mars 1975 : recouvrement de la perte de substance par un lambeau de rotation.

Avril 1974 : Métastases pulmonaires.

Le malade est décédé 2 mois plus tard dans un tableau de poursuite de l'évolution générale sans signe de récidive loco-régionale.

73-1749 : Monsieur J..... René, 65 ans, était porteur en août 1973 d'un carcinome malpighien moyennement différencié et non kératinisant de la margelle laryngée, étendu au larynx supra-glottique et au sinus piriforme droit s'accompagnant d'une adénopathie jugulo-carotidienne moyenne droite mobile.

Stade : T_3N_1 b UICC
T_4N_2 A MDAH

Le 22 août 1973 : Curage ganglionnaire cervical radical.
La masse ganglionnaire était envahie par la métastase du carcinome avec rupture capsulaire et extension au muscle et au tissu conjonctif de voisinage.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 5100 rads. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 5000 rads des deux côtés. Les aires ganglionnaires spinales ont reçu 5000 rads des deux côtés.

Apparition en mars 1974 d'un ptosis avec mydriase droite sans signe de récidive loco-régionale.
Le malade est décédé en avril 1974.

**

74-1807 : Monsieur V..... Maurice, 46 ans, était porteur en juillet 1974 de métastases ganglionnaires sous-digastriques droites d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant d'origine indéterminée.

Stade : T_0N_1 b UICC
T_0N_2A MDAH

le 23 juillet 1974 : Curage ganglionnaire cervical droit radical. La masse ganglionnaire était envahie par la métastase du carcinome avec rupture capsulaire.
8 des 16 autres ganglions prélevés étaient envahis par la métastase du carcinome avec rupture capsulaire. Présence d'embols lymphatiques et veineux néoplasiques.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 5800 rads. Surdosage jusqu'à 6600 rads à droite par électronthérapie. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads à droite et 5000 rads à gauche. Les aires ganglionnaires spinales ont reçu 6600 rads à droite et 6000 rads à gauche.
La tolérance a été moyenne avec radiomucite, érythème et desquamation

sèche.

6 mois après : reprise évolutive loco-régionale avec ulcération au niveau de la région rétro-angulo-maxillaire. Atteinte cutanée et sous-cutanée.
Mise en route d'une chimiothérapie : Endoxan
Méthotrexate
Velbé.

4 mois après : apparition de nodules de perméation,
arrêt de la chimiothérapie.

Le malade est décédé dans ce tableau de récidive loco-régionale.

**

73-0834 : Monsieur M..... Roger, 53 ans, était porteur en mars 1973 d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant du sinus piriforme droit sans adénopathie.

Stade : T_3N_0 UICC
T_3N_0 MDAH

le 19 mars 1973 : Pharyngo-laryngectomie totale avec curage ganglionnaire cervical droit radical.
Aucun des 3 ganglions prélevés n'était envahi par la métastase du carcinome.
Les tranches de section de la pièce d'exérèse ne présentaient pas d'envahissement par le carcinome.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 5100 rads au niveau du néo-pharynx Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 5000 rads des deux côtés. Les aires ganglionnaires spinales ont reçu 4700 rads par électronthérapie de 7 MeV.

juillet 1974 : Opacité parenchymateuse pulmonaire.
Altération de l'état général.
S'agit-il d'une métastase ou d'un néoplasme bronchique primitif ?

Le malade est décédé en octobre 1974 dans un tableau de cachexie sévère avec anémie et insuffisance respiratoire.

**

74-3074 : Monsieur H..... Gaston, 58 ans, était porteur en novembre 1974 d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant de la paroi pharyngée postérieure s'accompagnant d'adénopathies bilatérales, fixées .

Stade : T_2N_3 UICC
T_2N_3B MDAH

Chimiothérapie délivrant une dose de 195 mg de Bléomycine.

le 6 mars 1975 : Pharyngo-laryngectomie totale avec curage ganglionnaire cervical droit radical, gauche modifié.
La pièce opératoire était envahie par le carcinome.
Les tranches de section ne présentaient pas d'envahissement .
2 des 4 ganglions prélevés à gauche étaient envahis par la métastase du carcinome avec rupture capsulaire.
4 des 6 ganglions prélevés à droite étaient envahis par la métastase du carcinome sans rupture capsulaire.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 6100 rads au niveau du néopharynx. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 5000 rads des deux côtés. Les aires ganglionnaires spinales ont reçu 5000 rads des deux côtés par électronthérapie.

Le malade est décédé en novembre 1975 dans un tableau de cachexie intense sans signe de récidive loco-régionale.

**

72-999 : Monsieur V..... Georges, 50 ans, était porteur en février 1974 d'une évolution ganglionnaire sous-maxillaire droite d'un carcinome malpighien du larynx glottique droit traité par cordectomie en 1970 et pharyngo-laryngectomie totale pour récidive locale en juin 1972.

Stade : non prévu par la classification UICC
MDAH

On pratique en mars 1974 une adénectomie sous-maxillaire droite.
La masse ganglionnaire était envahie par la métastase du carcinome avec rupture capsulaire.

Janvier 1975 : Reprise évolutive ganglionnaire jugulo-carotidienne inférieure gauche.

le 24 janvier 1975 : Curage ganglionnaire jugulo-carotidien gauche modifié.

Les deux masses ganglionnaires étaient envahies par la métastase du carcinome avec rupture capsulaire, présence d'embols lymphatiques néoplasiques. Il existait une extension néoplasique vers les apophyses transverses des vertèbres cervicales, vers le dôme pleural et le médiastin supérieur.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 6000 rads au niveau sus-claviculaire. Surdosage au niveau de la région sus-claviculaire gauche, du dôme pleural. Les aires ganglionnaires cervicales ont reçu 6000 rads par électronthérapie de 10 MeV.

Fistulation au niveau de la cicatrice. Erythème avec desquamation sèche.

juin 1975 : reprise évolutive métastatique osseuse au niveau du col fémoral gauche. Irradiation antalgique de 3000 rads GD. Amélioration modérée des douleurs.

Le malade est décédé dans ce tableau métastatique sans signe de récidive loco-régionale.

**

74-2281 : Madame G....., 79 ans, était porteuse en septembre 1974 d'un carcinome anaplasique polymorphe de structure trabéculo-vésiculo-papillaire de la parotide droite sans adénopathie.

Stade : non prévu par la classification UICC

MDAH

le 2 octobre 1974 : Parotidectomie totale avec curage ganglionnaire cervical droit modifié. Curetage de la mastoïde. La pièce d'exérèse était envahie par le carcinome. La mastoïde était également envahie. 6 ganglions spinaux des 14 prélevés étaient envahis par la métastase du carcinome avec rupture capsulaire et présence d'embols lymphatiques et veineux néoplasiques. 1 ganglion sus-claviculaire droit sur les 2 prélevés était envahi par la métastase du carcinome sans rupture capsulaire.

La malade est décédée au 15ème jour pos-opératoire dans un tableau d'atteinte de l'état général avec hyperpyrexie, confusion mentale.

**

74-1710 : Monsieur R..... Henri, 45 ans, était porteur en juin 1974 de la métastase ganglionnaire jugulo-carotidienne gauche d'un carcinome malpighien peu différencié et non kératinisant d'origine indéterminée.

Stade : T_0N_3 UICC
T_0N_3A MDAH

le 27 juin 1974 : Curage ganglionnaire cervical gauche radical. La masse ganglionnaire était envahie par la métastase du carcinome, avec rupture capsulaire, extension au tissu conjonctif et au muscle de voisinage. Il est laissé un reliquat tumoral au niveau sous-digastrique. Il existait un envahissement au niveau de la mastoïde.

Radiothérapie délivrant une dose de 5100 rads par Cobaltothérapie. Surdosage de 2200 rads par électronthérapie au niveau cervical gauche. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 5000 rads. Les aires ganglionnaires spinales ont reçu 6100 rads à gauche et 5100 rads à droite pas combinaison de Cobaltothérapie et d'électronthérapie.

6 mois après : il n'existait aucun signe de récidive loco-régionale.

Le malade est décédé dans un tableau de cachexie.

**

72-442 : Monsieur L..... Paul, 50 ans, était porteur en janvier 1972 d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant du sinus piriforme gauche s'accompagnant d'une adénopathie sous-digastrique gauche.

Stade : T_3N_1b UICC
T_3N_2B MDAH

le 13 mars 1972 : Curage ganglionnaire cervical gauche radical.
4 des 6 ganglions prélevés étaient envahis par la métastase du carcinome avec rupture capsulaire.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 6200 rads sur la lésion et de 5300 rads sur les aires ganglionnaires.

Décembre 1973 : Reprise évolutive ganglionnaire sous-digastrique droite.

Le 14 janvier 1974 : Adénectomie sous-digastrique droite.
L'adénopathie prélevée était envahie par la métastase du carcinome avec rupture capsulaire.

Electronthérapie délivrant une dose de 5000 rads au niveau du lit chirurgical.

Janvier 1975 : Deuxième localisation néoplasique au niveau de l'oropharynx (amygdale droite).

Mise en route d'une chimiothérapie : Bléomycine 300 mg
Puis Peptichémio.

Le malade est décédé en septembre 1975 dans un tableau de poursuite de l'évolution locale sans adénopathie malgré la chimiothérapie.

**

73-1908 : Monsieur R..... Jean-Louis, 52 ans, était porteur en août 1973 d'un carcinome malpighien peu différencié et non kératinisant du larynx susglottique envahissant le cartilage épiglottique s'accompagnant d'adénopathies bilatérales.

Stade : T_3N_3 UICC
T_4N_3B MDAH

Le 12 septembre 1973 : Laryngectomie totale avec curage ganglionnaire cervical bilatéral modifié.
4 ganglions sur les 9 prélevés à gauche étaient envahis par la métastase du carcinome.
1 ganglion sur les 2 prélevés à droite était envahi par la métastase du carcinome.
Absence de rupture capsulaire.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 6000 rads. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads des deux côtés. Les aires ganglionnaires spinales ont reçu 6000 rads par combinaison de Cobaltothérapie et d'électronthérapie.

Avril 1974 : Reprise évolutive métastatique pulmonaire.
Mise en route d'une chimiothérapie : Duborimycine.

Juillet 1974 : Métastases osseuses fémorale gauche et costales.
Pas d'amélioration des métastases pulmonaires.
Changement de chimiothérapie.

Le malade est décédé 3 mois après dans un tableau de cachexie avec insuffisance respiratoire .

**

74-471 : Monsieur H....., 66 ans , était porteur en mars 1974 d'un carcinome malpighien différencié et peu kératinisant du sinus piriforme droit s'accompagnant d'une adénopathie sous-digastrique droite fixée.

Stade : T_3N_3 UICC
T_3N_3A MDAH

Le 7 mars 1974 : Une pharyngo-laryngectomie totale était prévue, mais la constatation per-opératoire de bourgeons néoplasiques dans la veine jugulaire interne a limité le geste chirurgical à un curage ganglionnaire cervical droit radical.
Le Conglomérat ganglionnaire était envahi par la métastase du carcinome avec rupture capsulaire, nécrose, extension au muscle et au tissu conjonctif de voisinage. Présence de nombreux embols néoplasiques lymphatiques et veineux. Aspect de lymphangite carcinomateuse .
2 des 12 autres ganglions prélevés étaient envahis par la métastase du carcinome sans rupture capsulaire.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 5100 rads au niveau lésionnel. Surdosage par électronthérapie jusqu'à 7000 rads. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads à droite et 5000 rads à gauche. Les aires ganglionnaires spinales ont reçu 6000 rads à droite et 5000 rads à gauche.

Régression incomplète de la lésion primitive. Pas d'adénopathie.
En décembre 1974 : Reprise évolutive locale. Pas d'adénopathie.
Le 10 décembre 1974 : Pharyngo-laryngectomie totale. Les tranches de section étaient indemnes de tout envahissement.
Fistule salivaire dans les suites opératoires.

En mai 1975 : Nouvelle récidive locale obstruant le néopharynx.
Exérèse chirurgicale avec gastrostomie.
Mise en route d'une chimiothérapie.

Le malade est décédé dans un tableau de cachexie.

**

74-253 : Monsieur J..... Paul, 63 ans, était porteur en février 1974 d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant plurifocal de l'oropharynx s'accompagnant d'une adénopathie sous-digastrique gauche fixée.

Stade : T_3N_3 UICC
T_3N_3A MDAH

Le 11 mars 1974 : Curage ganglionnaire cervical gauche radical.
Une masse comprenant quatre adénopathies était envahi par la métastase du carcinome avec rupture capsulaire, nécrose, extension au tissu conjonctif et au muscle de voisinage.
Les 27 autres ganglions prélevés étaient indemnes de tout envahissement.

Le 1er avril 1974 : Gastrostomie.

On note une fistule salivaire dans les suites.

Cobaltothérapie délivrant une dose de seulement 5000 rads , car le malade a mal toléré l'irradiation. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads des deux côtés. Les aires ganglionnaires spinales ont reçu 6000 rads à gauche et 5000 rads à droite.

Apparition en fin d'irradiation de 2 nodules jugulo-carotidien inférieurs.

Amaigrissement de 10 kgs.
Poursuite de l'évolution ganglionnaire dans le volume traité.

Le malade est décédé dans un tableau hémorragique au niveau des foyers néoplasiques.

**

74-1225 : Monsieur F....., 59 ans, était porteur en mai 1974 d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant de la gencive, du plancher buccal et de la portion mobile de la langue, sans adénopathie.

Stade : T_4N_0 UICC
T_4N_0 MDAH

Le 22 mai 1974 : Exérèse monobloc de l'arc mandibulaire inférieur emportant la lésion associée à un curage supra-hyoïdien et jugulo-carotidien droit.
Le ganglion sous-mental gauche, les 6 ganglions sous-maxillaires gauches, les 2 glandes sous-maxillaires, les 10 ganglions sous-maxillaires droits, les 20 ganglions jugulo-carotidiens droits et le ganglion sus-claviculaire droit prélevés étaient indemnes de tout envahissement.

Le malade a présenté dans les suites opératoires une suffusion hémorragique sous le lambeau cervical et dans la cavité buccale, suivie d'un arrêt respiratoire et cardiaque.
Nécessité d'une réanimation intense avec trachéostomie.
Le malade est décédé après avoir sombré dans un coma vigil.

**

72-2253 : Monsieur S..... Jean, 52 ans, était porteur en mai 1974 de la métastase jugulo-carotidienne droite d'un carcinome différencié et kératinisant d'origine indéterminée.

Stade : T_0N_1b UICC
T_0N_2A MDAH

Le 22 mai 1974 : Curage ganglionnaire cervical droit radical, gauche modifié.
Les 3 ganglions prélevés à droite étaient tous envahis par la métastase du carcinome sans rupture capsulaire.
Les ganglions prélevés à gauche étaient indemnes de tout envahissement .

Irradiation des chaines cervicales droites en totalité par électronthérapie jusqu'à une dose de 6000 rads.

Pas d'adénopathie en fin d'irradiation.
On note l'apparition d'une fibrose sous-cicatricielle.

19 mois après : Il n'existe aucun signe de récidive loco-régionale, ni d'évolution générale.

**

73-2111 : Monsieur S..... André, 58 ans, était porteur en septembre 1973 d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant du bord latéral droit de la langue s'accompagnant d'adénopathies bilatérales.

Stade : T_3N_3 UICC
T_3N_3B MDAH

Le 9 octobre 1973 : Curage ganglionnaire cervical droit radical avec vérification de la région sous-digastrique gauche.
Les 5 ganglions prélevés étaient envahis par la métastase du carcinome avec rupture capsulaire.

La glande sous-maxillaire était le siège d'une lymphangite carcinomateuse.

Une chimiothérapie est instituée en raison d'une nécrose cutanée post-chirurgicale délivrant 300 mg de Bléomycine.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 7000 rads au niveau cervical supérieur. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads des deux cotés. Les aires ganglionnaires spinales ont reçu 6300 rads des deux cotés par combinaison de Cobaltothérapie et d'électronthérapie.

Régression incomplète de la lésion primitive.

Avril 1974 : Reprise évolutive métastatique pulmonaire.
Récidive loco-régionale au niveau de la cicatrice.
Mise en route d'une chimiothérapie : Méthotrexate.

**

73-806 : Monsieur D..... René, 60 ans, était porteur en avril 1973 d'un carcinome malpighien de la margelle laryngée, s'accompagnant d'adénopathies homo-latérales mobiles.

Stade : T_3N_1b UICC
T_3N_2B MDAH

Le 27 avril 1973 : Pharyngo-laryngectomie totale avec curage ganglionnaire cervical gauche modifié.
La pièce d'exérèse était envahie par le carcinome.
2 des 7 ganglions prélevés étaient envahis par la métastase du carcinome sans rupture capsulaire.

12 jours d'hospitalisation.

Cobaltothérapie post-opératoire délivrant une dose de 5100 rads au niveau du néopharynx. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads à gauche et 5000 rads à droite. Les chaines ganglionnaires spinales ont reçu 5600 à gauche et 5000 rads à droite par combinaison de Cobaltothérapie et d'Electronthérapie.

18 mois après : Il n'existe aucun signe de récidive loco-régionale ni d'évolution générale.

**

74-2787 : Monsieur B..... Jean, 63 ans, était porteur en décembre 1974 d'un carci-

nome malpighien différencié et kératinisant du sinus piriforme droit.

Stade : T_3N_3 UICC
T_3N_3B MDAH

Chimiothérapie délivrant une dose de 300 mg de Bléomycine : régression lésionnelle de 20 % , régression des adénopathies de 50 %.

le 10 janvier 1975 : Pharyngo-laryngectomie totale avec curage ganglionnaire cervical droit radical, gauche modifié.
La pièce d'exérèse était envahie par le carcinome.
Les tranches de section chirurgicales étaient indemnes de tout envahissement.
2 ganglions sur les 12 prélevés étaient envahis par la métastase du carcinome sans rupture capsulaire.

Cobaltothérapie délivrant 6500 rads au niveau du néopharynx.

L'irradiation des aires ganglionnaires sus-claviculaires droites a été arrêtée à 3000 rads devant une désunion de la cicatrice. Les aires ganglionnaires spinales ont reçu 6000 rads des deux côtés par association de Cobaltothérapie et d'Electronthérapie.

Apparition d'un pharyngostome et d'un oesophagostome nécessitant la réalisation d'une gastrostomie.

Le malade est décédé en novembre 1975 dans un épisode de surinfection pulmonaire sans signe de récidive loco-régionale.

***

73-1299 : Monsieur D..... Georges, 54 ans, était porteur en juillet 1973 d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant du sinus piriforme droit, s'accompagnant d'une adénopathie sous-digastrique mobile.

Stade : T_3N_1b UICC
T_3N_2A MDAH

Le 24 Juillet 1973 : Curage ganglionnaire cervical droit radical.
La masse ganglionnaire est massivement envahie par la métastase du carcinome avec rupture capsulaire.
La présence d'adenopathies rétro-claviculaires envahies a fait renoncer à pratiquer une pharyngo-laryngectomie.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 6500 rads au niveau de la lésion primitive. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads à droite et 5000 rads à gauche. Les aires ganglionnaires spinales ont reçu 6000 rads à droite et 5000 rads à gauche par combinaison de Cobaltothérapie et d'Electronthérapie.

Le malade est décédé en décembre 1973 dans un tableau de récidive locorégionale avec collapsus, troubles respiratoires et coma.

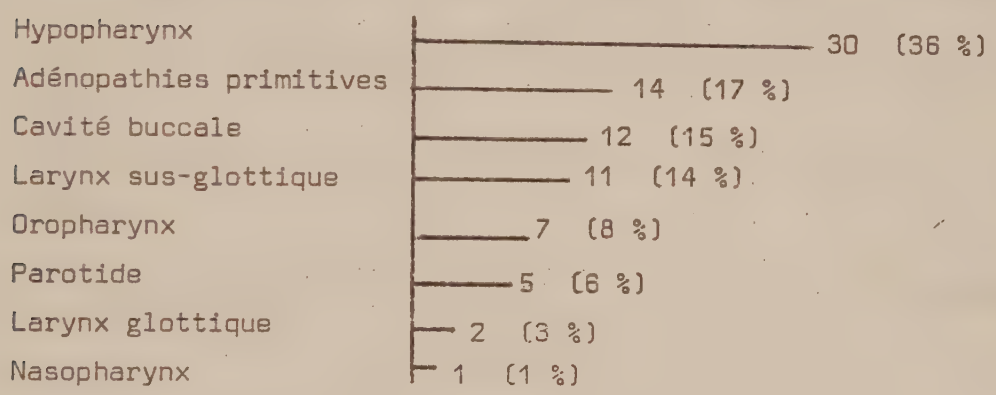
ANALYSE DU PREMIER GROUPE.

Nous allons donc tout d'abord étudier ce groupe de 82 malades chez lesquels l'évidement ganglionnaire cervical a été pratiqué avant la radiothérapie dans une séquence thérapeutique définie à l'avance. Ce chapitre s'attachera à l'étude du statut carcinologique de ces malades, de la technique opératoire, des constatations anatomo-pathologiques et du mode d'irradiation pratiquée . La revue des résultats et des complications observées essayera de cerner les indications d'une telle association radio-chirurgicale.

1 - *Statut carcinologique des ces patients.*

Lésion primitive.

* Localisation :



Localisation de la lésion primitive

Nous remarquons une très grande prépondérance de la localisation hypopharynx. Ceci est du au fait qu'il s'agit de curages associés au traitement chirurgical de la lésion primitive, dans ce cas une pharyngo-laryngectomie totale. Un deuxième groupe important est constitué par les adénopathies en apparence primitives lorsque il n'existe évidemment pas de contre-indication opératoire. Les deux autres localisations fréquentes,

cavité buccale et parotide , correspondent aussi à l'association du traitement chirurgical de la lésion primitive au curage ganglionnaire (glossectomie ou parotidectomie).

Les autres malades relèvent en général d'une indication de curage fondée essentiellement sur le statut clinique ganglionnaire. Ce sont des malades présentant de petites lésions primitives s'accompagnant d'importantes adénopathies chirurgicalement extirpables, et chez qui le pronostic dépend principalement de ces dernières.

* Stades UICC et MDAH :

T_0	T_1	T_2	T_3	T_4	TOTAL
14/17	2/56	9/115	43/162	9/75	77/425

Stade UICC de la lésion primitive.

T_0	T_1	T_2	T_3	T_4	TOTAL
14/17	2/56	7/115	43/154	11/83	77/425

Stade MDAH de la lésion primitive.

50 % de ces malades sont à un stade T_3 , 15 % seulement à un stade T_1 ou T_2.

Adénopathies.

N_0	N_1a	N_1b	N_2a	N_2b	N_3	TOTAL
7/209	0	39/98	0	1/16	30/102	77/425

Stade UICC des adénopathies

N_0	N_1	N_2A	N_2B	N_3A	N_3B	TOTAL
7/209	7/50	25/48	7/16	18/44	13/58	77/425

Stade MDAH des adénopathies

+ 5 parotides N_0.

14 malades porteurs d'adénopathies en apparence primitives ont subi un évidement ganglionnaire cervical avant radiothérapie. Ils représentent 82 % des malades porteurs d'adénopathies en apparence primitives. Les 3 autres correspondent à des contre-indications opératoires soit générales, soit locales.
On dénombre 12 malades ne présentant pas d'adénopathie cliniquement palpables , 15 % des évidements ganglionnaires premiers s'adressent à des malades N_0. 5 % des malades N_0 subissent un curage ganglionnaire de principe avant radiothérapie . Il s'agit ici de curages associés au traitement de la lésion primitive, principalement de carcinomes de la parotide.

Dans 31 cas, une ou plusieurs adénopathies étaient fixées à l'exament clinique.
Les contre indications chirurgicales fondées sur l'appréciation clinique de la fixation ganglionnaire ont donc une limite.
1 malade présentait à la première consultation une adénopathie controlatérale isolée.

2 - *Technique opératoire.*

On a pratiqué chez ces 82 malades, 68 curages ganglionnaires unilatéraux et 14 bilatéraux.
L'évidement ganglionnaire a été radical dans 50 cas et modifié dans 32 cas.
Nous avons considéré comme radical un évidement bilatéral, radical d'un côté et fonctionnel de l'autre.
On remarque le nombre important de curages premiers radicaux, alors que dans les deux autres groupes de malades, il existera une prépondérance du curage modifié .

Dans 47 cas, l'évidement ganglionnaire cervical a été associé à l'exérèse chirurgicale de la lésion primitive, représentant :

- 31 pharyngo-laryngectomies totales,
- 4 laryngectomies totales,
- 5 parotidectomies totales,
- 4 hémimandibulectomies,
- 1 pelvectomie antérieure
- 2 glossectomies partielles.

On a institué une chimiothérapie pre-opératoire chez 3 malades et post-opératoire chez 3 malades.
Aucune chirurgie d'exérèse partielle n'a été effectuée au niveau des localisations pharyngo-laryngées:

- Dans certains cas, la lésion primitive présente une extension trop importante ;
- Dans d'autres cas, le risque de reprise évolutive locale nous interdit ce type d'intervention .

3 - *Analyse histologique.*

De nombreuses équipes, en particulier celle de Villejuif ont montré l'intérêt de l'examen anatomo-pathologique des pièces opératoires d'évidements ganglionnaires cervicaux. Sa valeur n'est en effet reconnue que depuis quelques années ; il présente un intérêt diagnostique (étude histologique et cytologique des adénopathies, de l'importance et du niveau de l'envahissement ganglionnaire) et pronostique (étude de la présence de rupture capsulaire, d'embols lymphatiques ou veineux néoplasiques, d'une extension aux structures de voisinage).

L'étude histologique montre qu'il s'agissait :

- dans 44 cas d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant,
- dans 27 cas d'un carcinome malpighien peu différencié et peu kératinisant,
- dans 5 cas d'un carcinome anaplasique.

Sur les 38 interventions chirurgicales au niveau de la lésion primitive, les tranches de section chirurgicales étaient envahies par le carcinome dans 8 cas. L'étude des tranches de section s'est faite sur la pièce d'exérèse et non sur une collerette de muqueuse prélevée à postériori au niveau du champ opératoire.

L'importance de l'envahissement de la pièce d'évidement ganglionnaire tient compte du nombre d'adénopathies envahies par rapport au nombre d'adénopathies indemnes de tout envahissement. Le caractère dimensionnel des adénopathies rentre aussi dans cette appréciation.

Nous n'avons malheureusement pas pu étudier les niveaux anatomiques

d'envahissement ganglionnaire car les pièces de curages ganglionnaires n'étaient pas orientées lors de l'examen anatomo-pathologique.

	pas d'envahissement ganglionnaire	envahissement moyen	envahissement massif
N_0	$^9/_{12}$	$^3/_{12}$	$^0/_{12}$
N_1	$^0/_7$	$^4/_7$	$^3/_7$
N_2A	$^0/_{25}$	$^{15}/_{25}$	$^{10}/_{25}$
N_2B	$^0/_7$	$^4/_7$	$^3/_7$
N_3A	$^0/_{18}$	$^6/_{18}$	$^{12}/_{18}$
N_3B	$^0/_{13}$	$^6/_{13}$	$^7/_{13}$
TOTAL	$^9/_{82}$	$^{38}/_{82}$	$^{35}/_{82}$

Importance de l'envahissement en fonction du stade clinique initial.

9 malades étaient indemnes de tout envahissement, il s'agit de malades N_0.

En revanche 3 malades N_0 sur 12 malades du même stade présentent un envahissement ganglionnaire.

38 malades présentent un envahissement moyen soit 46 % . Ce sont principalement les malades N_2A.

35 malades présentent un envahissement massif soit 43 % . Ce sont les malades présentant une adénopathie mobile de plus de 3 cm ou des adénopathies fixées, soit unilatérales, soit bilatérales.

Etude de la présence de rupture capsulaire et d'embols lymphatiques et veineux néoplasiques.

Elle est très importante, car nous verrons plus loin son rôle pronostique.

Tout d'abord, nous n'avons pas noté d'embols néoplasiques lymphatiques ou veineux sans rupture capsulaire associée.

On a retrouvé une rupture capsulaire isolée chez 59 patients soit 71 % et associée à des embols lymphatiques ou veineux néoplasiques chez 26 d'entre eux soit 31 %.

Etudions la fréquence de la rupture capsulaire en fonction du stade clinique initial. (MDAH)

N_0	N_1	N_2A	N_2B	N_3A	N_3B	TOTAL
$^0/_{12}$	$^4/_7$	$^{20}/_{25}$	$^5/_7$	$^{18}/_{18}$	$^{12}/_{13}$	$^{59}/_{82}$

100 % des stades N_3A
92 % des stades N_3B
80 % des stades N_2A
71 % des stades N_2B
57 % des stades N_1
0 % des stades N_0

sont R^+

Une étude importante faite récemment à l'Institut Gustave Roussy à Villejuif décrivait 20 % des N_0 et 70 % des N_3 présentant une rupture capsulaire.

Etudions la fréquence de la rupture capsulaire en fonction de l'importance de l'envahissement ganglionnaire :

pas d'envahissement	envahissement moyen	envahissement massif
$^0/_9$	$^{24}/_{38}$	$^{35}/_{35}$

63 % des malades avec un envahissement moyen et 100 % des malades avec un envahissement massif présentent une rupture capsulaire. Une rupture capsulaire s'accompagne souvent d'une extension aux muscles de voisinage, principalement le sterno-cléido-mastoïdien.
On a retrouvé 4 cas d'atteinte massive du nerf spinal, 2 cas d'extension vers la base du crâne, 4 cas d'extension à la glande thyroïde ayant fait l'objet d'une lobectomie soit partielle, soit totale.
Plus le volume de l'adénopathie est important, plus l'envahissement ganglionnaire sera massif, s'accompagnant alors plus fréquemment d'une rupture capsulaire et d'embols lymphatiques et veineux néoplasiques. Dans ce domaine, la notion de volume prime sur celle de bilatéralité de l'atteinte ganglionnaire.

4 - *Radiothérapie post-opératoire.*

Le délai entre le curage ganglionnaire cervical et la radiothérapie post-opératoire a été en moyenne de 3 semaines 1/2 dans le cas d'un curage isolé et de 4 semaines 1/2 dans le cas d'un curage associé au traitement chirurgical de la lésion primitive. Il est important que ce délai soit le plus court possible, car nous avons observé 2 cas de reprise évolutive ganglionnaire avant le début de l'irradiation.

69 malades, soit 91 % ont été irradiés au niveau de la lésion primitive ou du lit opératoire de cette dernière. Les doses délivrées à ce niveau étaient de
- 5000 rads dans 2 cas,
- 6000 rads environ dans 21 cas,
- 7000 rads environ dans 30 cas,
- 7500 rads dans 16 cas.

Tous les malades ont été irradiés au niveau ganglionnaire cervical et les doses délivrées étaient de
- 5000 rads dans 18 cas,
- 6000 rads dans 29 cas,
- 6500 rads dans 27 cas,
- 7000 rads dans 8 cas.

5 - *Complications thérapeutiques observées.*

Nous avons noté 14 cas de complications majeures dont :

- 4 désunions de cicatrice.
- 4 fistules ou nécroses.
- 3 hémorragies post-opératoires.
- 2 décès post-opératoires d'autre cause.
- 1 perte de substance ayant nécessité une greffe.

Nous avons retrouvé 9 cas de complications mineures dont :

- 7 retards de cicatrisation mineurs.
- 2 malades ayant présenté des réactions post-radiothérapiques pendant plus de deux mois après la fin du traitement.

6 - *Statut des malades au moment de l'étude* :

Nous avons perdu 1 malade de vue.

41 malades, soit 50 % , sont vivants actuellement. Etudions plus précisément leur statut carcinologique.

	6 mois-1 an	1 an-2 ans	2 ans-3 ans	> 3 ans	TOTAL
Malade vivant sans évolution carcinologique	5	12	7	3	$^{27}/_{82}$
Malade vivant avec évolution carcinologique	4	6	1	2	$^{13}/_{82}$

On voit donc que 33 % de ces malades vivent actuellement sans aucun signe clinique ou paraclinique de reprise évolutive carcinologique. 16 % présentent à ce jour une évolution néoplasique, soit loco-régionale, soit générale.

41 malades, soit 50 % sont décédés. Etudions dans quel délai est apparu l'exitus et quelles en ont été les causes.

	avant 6 mois	6 mois-1 an	1 an-2 ans	2 ans-3 ans	Après 3 ans
DELAI	9	17	12	1	2

On voit donc que pour 38 malades, soit 96 % , le décès à lieu dans les deux années suivant le traitement.

Causes : - Récidive locale (10 cas)
- Récidive loco-régionale (3 cas)
- Récidive ganglionnaire isolée (7 cas)
- Evolution métastatique (12 cas)
- 2ème localisation carcinologique (1 cas).

- Mort post-opératoire (4 cas/82)
  Causes intercurrentes (1 cas)
  Causes inconnues (3 cas)

12 % des malades sont donc décédés dans un tableau de reprise évolutive ganglionnaire isolée (8 %), ou associée à une récidive de la lésion primitive (4 %), représentant 24 % des décès.

La cause la plus importante des décès dans ce groupe est l'évolution métastatique (15 %).

Les 4 décès post-opératoires soit 5 % des malades sont dus à une intolérance de la sonde naso-gastrique avec désunion des sutures pharyngées dans 2 cas et à un syndrome hémorragique majeur dans les 2 autres cas.

7 - *Etude des évolutions carcinologiques observées* : (chez les malades vivants et décédés).

Récidives ganglionnaires isolées : 13 malades.

Effectuons l'analyse de ce groupe suivant la méthodologie employée par G.H. FLECHTER : cet auteur estime que l'échec de la thérapeutique ganglionnaire ne peut être affirmé avec certitude que lorsqu'il est isolé, .

en dehors de tout contexte local.

On arrive alors à 13 récidives ganglionnaires isolées sur 79 malades soit 16 % . (On éliminera de l'étude les 3 récidives loco-régionales que nous verrons plus loin).

* Stade clinique initial de ces 13 malades

UICC

T_0	T_1	T_2	T_3	T_4	TOTAL
$^3/_{14}$	$^0/_2$	$^2/_9$	$^8/_{41}$	$^0/_8$	$^{13}/_{74}$

+ 5 parotides.

MDAH

T_0	T_1	T_2	T_3	T_4	TOTAL
$^3/_{14}$	$^0/_2$	$^2/_9$	$^8/_{41}$	$^0/_8$	$^{13}/_{74}$

L'importance de la lésion primitive a donc joué ici un faible rôle dans la génèse de cette récidive ganglionnaire isolée

N_0	N_1a	N_1b	N_2a	N_2b	N_3	TOTAL
$^2/_7$	0	$^4/_{39}$	0	$^0/_1$	$^7/_{27}$	$^{13}/_{74}$
$^2/_{12}$						$^{13}/_{79}$

N_0	N_1	N_2A	N_2B	N_3A	N_3B	TOTAL
$^2/_7$	$^2/_7$	$^2/_{25}$	$^0/_7$	$^6/_{17}$	$^1/_{11}$	$^{13}/_{74}$
$^2/_{12}$						$^{13}/_{79}$

Les malades sont ici régulièrement répartis, si ce n'est le groupe de malades N_3A qui présente 35 % des récidives ganglionnaires isolées, démontrant le mauvais pronostic local de ces adénopathies fixées. Aucun des malades N_2B n'a présenté de récidive ganglionnaire.

* Territoire de l'échec ganglionnaire :

Dans le volume irradié : 12 cas/ 79 malades

homolatéral au curage : 11 cas/79 malades,

controlatéral au curage : 1 cas/79 malades.

en dehors du volume irradié : 1 cas/79 malades.

Le seul échec controlétéral au curage justifie la pratique de la radiothérapie post-opératoire de façon systématique puisque les données de la littérature étudiant l'évidement ganglionnaire cervical comme traitement isolé présentent 20 à 30 % de récidives ganglionnaires controlatérales au curage.

* Importance de l'envahissement histologique.

Pas d'envahissement ganglionnaire	Envahissement moyen	Envahissement massif	TOTAL
$0/8$	$2/36$	$11/35$	$13/79$

6 % des malades avec un envahissement moyen et 31 % des malades avec un envahissement massif ont présenté une reprise évolutive ganglionnaire isolée.

* Présence de rupture capsulaire.

Les 13 malades présentaient une rupture capsulaire et 6 d'entre eux des signes d'embolies lymphatiques et veineuses néoplasiques.

22 % des malades avec rupture capsulaire et 23 % des malades avec des embols lymphatiques et veineux néoplasiques ont évolué au niveau ganglionnaire, sans récidive locale associée.

* Modalités thérapeutiques appliquées chez ces 13 patients :

Curage radical : 8 cas/50 curages radicaux.

Curage modifié : 5 cas/32 curages modifiés.

Doses délivrées au niveau ganglionnaire cervical :

5000 rads : 3 cas/18 malades ayant reçu 5000 rads.

6000 rads : 6 cas/29 malades ayant reçu 6000 rads.

6500 rads : 4 cas/27 malades ayant reçu 6500 rads.

7000 rads : 0 cas/8 malades ayant reçu 7000 rads.

On note le peu de différence d'une part, entre les malades ayant subi un curage ganglionnaire radical ou modifié et d'autre part entre ceux ayant reçu des doses de 5000 rads à 6500 rads.
En revanche, aucun des 8 malades ayant reçu 7000 rads n'a présenté de récidive ganglionnaire isolée.

Récidives loco-régionales : 3 malades.

4 % des malades ont donc présenté une reprise évolutive au niveau de la lésion primitive et des aires ganglionnaires cervicales.

* Stades UICC et MDAH de ces 3 malades :

UICC

T_0	T_1	T_2	T_3	T_4	TOTAL
$0/14$	$0/2$	$0/9$	$2/43$	$1/9$	$3/77$

+ 5 parotides

MDAH

T_0	T_1	T_2	T_3	T_4	TOTAL
$0/14$	$0/2$	$0/9$	$2/43$	$1/9$	$3/77$

Il s'agit donc de lésions primitives étendues avant le traitement.

UICC

N_0	N_1a	N_1b	N_2a	N_2b	N_3	TOTAL
$0/7$	0	$0/39$	0	$0/1$	$3/30$	$3/77$
$0/12$						$3/82$

MDAH

N_0	N_1	N_2A	N_2B	N_3A	N_3B	TOTAL
$0/7$	$0/7$	$0/25$	$0/7$	$1/18$	$2/13$	$3/77$
$0/12$						$3/82$

Ce sont des malades porteurs d'adénopathies bilatérales ou fixées.

* Constatations histologiques :

L'envahissement était moyen dans les 3 cas.

Un malade sur les 3 présentait une rupture capsulaire.

* Modalités thérapeutiques :

Curage radical : 2 cas/50 curages radicaux.

Curage modifié : 1 cas/32 curages modifiés.

Doses délivrées : 6500 rads : 3/27 malades ayant reçu 6500 rads.

Récidives locales : 13 malades soit 16 %

16 % des malades ont présenté une récidive au niveau de la lésion primitive isolée.

* Stades UICC et MDAH

UICC

T_0	T_1	T_2	T_3	T_4	TOTAL
$0/14$	$0/2$	$0/9$	$9/43$	$3/9$	$12/77$

+ 1 parotide

récidive locale

MDAH

T_0	T_1	T_2	T_3	T_4	TOTAL
$0/14$	$0/2$	$0/9$	$9/43$	$3/9$	$12/77$

On note l'extension déjà importante de la lésion avant tout traitement

UICC

N_0	N_1a	N_1b	N_2a	N_2b	N_3	TOTAL
$3/7$	0	$6/39$	0	$0/1$	$3/30$	$12/77$
$4/12$						$13/82$

N_0	N_1	N_2A	N_2B	N_3A	N_3B	TOTAL
$3/7$	$2/7$	$4/25$	$0/7$	$1/18$	$2/13$	$12/77$
$4/12$						$13/82$

On remarque la grande fréquence des stades N_0,N_1,N_2A.

Evolution métastatique : 19 malades.

23 % de ces malades ont présenté des métastases.

3 malades d'autre part ont présenté une deuxième localisation néoplasique.

8 - *Analyse des 19 malades ayant présenté des métastases.*

Localisation des métastases : pulmonaires : 16
hépatiques : 4
osseuses : 3

Dans 12 cas, l'évolution métastatique a entrainé le décès du patient, dans les deux premières années principalement.

Stade ganglionnaire initial :

- adénopathies unilatérales : 10 cas/69 malades présentant des adénopathies unilatérales.
- adénopathies bilatérales : 9 cas/13 malades présentant des adénopathies bilatérales.

L'envahissement ganglionnaire histologique était massif dans 12 cas/35 et moyen dans 7 cas/38.
Il a été noté la présence d'une rupture capsulaire dans 16 cas/59 et d'embols lymphatiques néoplasiques dans 12 cas/26.

27 % des malades avec rupture capsulaire et 46 % des malades avec des embols lymphatiques et veineux néoplasiques présentent une évolution métastatique.

* Pronostic : des constatations telles qu'un envahissement massif, une présence de rupture capsulaire et surtout d'embols néoplasiques lymphatiques et veineux.

On constate l'intérêt pronostique des constatations suivantes :

- envahissement ganglionnaire histologique massif,
- présence de rupture capsulaire,
- embols lymphatiques et veineux néoplasiques qui jouent un rôle important dans l'évolution métastatique.
- bilatéralité des adénopathies qui entraine une augmentation de la fréquence d'apparition des métastases.

CURAGES GANGLIONNAIRES PLANIFIES

APRES RADIOTHERAPIE.

73-0372 : Madame C..... Cécile, 46 ans, était porteuse en mars 1973 d'un carcinome malpighien différencié de la portion mobile de la langue. Adénopathies sous-maxillaire gauche et retro-angulo-maxillaire gauche. Il s'agissait d'une récidive après électrocoagulations multiples.

Stade : T_3N_1b UICC
T_3N_2A MDAH

Cobaltothérapie délivrant une dose de 5000 rads au niveau lésionnel et ganglionnaire satellite.

Surdosage par curiethérapie le 8 mai 1973 apportant 2800 rads sur la lésion résiduelle.

le 18 juin 1973 : Curage ganglionnaire sous-maxillaire et sous digastrique gauche fonctionnel. Les deux adénopathies étaient envahies par la métastase du carcinome, mais stérilisées. 12 jours d'hospitalisation.

On note la persistance d'une ulcération au niveau du plancher buccal à gauche dépassant la ligne médiane.

12 mois après : La nécrose s'étend vers la pointe de la langue. Présence de débris nécrotiques.
Oedème important au niveau de la joue droite et de la région sous-maxillaire droite.
Le malade se plaint d'otalgies.

**

75-0928 : Monsieur C..... Roger, 47 ans, était porteur en mars 1975 d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant de la base de la langue à gauche s'accompagnant d'une adénopathie sous-digastrique gauche.

Stade : T_2N_1b UICC
T_2N_2A MDAH

Cobaltothérapie délivrant une dose de 5000 rads au niveau lésionnel. Surdosage de 2000 rads à ce niveau par photonthérapie de 25 MeV. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 5000 rads par Cobaltothérapie. Les aires ganglionnaires spinales ont reçu 6000 rads à gauche et 5000 rads à droite par électronthérapie.

Résultat primaire : Disparition de la lésion primitive.
Persistance de l'adénopathie sous-digastrique.

2 mois après : Curage ganglionnaire jugulo-carotidien gauche modifié.
Aucun des ganglions prélevés ne présentait d'envahissement.

Dans les suites, on note l'apparition d'une fibrose cervicale.

10 mois après : Il n'existe aucun signe de récidive loco-régionale.
Présence d'un nodule dans la région sus-claviculaire postérieure gauche à surveiller.

**

73-2794 : Monsieur De S..... Louis, 71 ans, était porteur en décembre 1973 d'un carcinome malpighien différencié et non kératinisant du sinus piriforme droit, s'accompagnant d'une adénopathie jugulo-carotidienne droite mobile.

Stade : T_1N_1b UICC
T_1N_1 MDAH

Cobaltothérapie délivrant une dose de 6200 rads au niveau lésionnel. Surdosage à ce niveau par électronthérapie de 13 MeV jusqu'à 7000 rads. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads à droite et 5000 rads à gauche. Les aires ganglionnaires spinales droites ont reçu 4500 rads par combinaison de cobaltothérapie et d'électronthérapie de 7 MeV.

Résultat primaire : Disparition de la lésion primitive.
Persistance de l'adénopathie (régression de 20 %)

La tolérance a été moyenne avec asthénie, gêne à la déglutition. Erythème avec desquamation sèche et radiomucite punctiforme.

le 13 mars 1974 : Curage jugulo-carotidien droit modifié.
. Aucun des ganglions n'était envahi par la métastase
. du carcinome.

Suites simples. Sortie au 6ème jour, cicatrisé, apyrétique .
Apparition d'une asialie et d'une fibrose cervicale.

12 mois après, il n'existait aucun signe de récidive loco-régionale ou d'évolution générale. Malade non revu depuis janvier 1975.

Le malade est décédé en mars 1975.

**

74-3226 : Monsieur D..... André, 60 ans, était porteur en novembre 1974 d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant du sinus piriforme droit et de la région rétro-cricoïdienne s'accompagnant d'une adénopathie jugulo-carotidienne droite.

Stade : T_2N_1b UICC
T_2N_2A MDAH

Cobaltothérapie délivrant une dose de 7000 rads au niveau lésionnel et de 6800 rads au niveau sous-digastrique droit. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads à droite et 5000 rads à gauche par cobaltothérapie.

Résultat primaire : Disparition complète de la lésion primitive.
Légère fibrose au niveau de l'adénopathie.

La tolérance a été moyenne avec amaigrissement de 6 kgs et un érythème avec desquamation sèche.

2 mois après : Curage ganglionnaire cervical droit conservateur avec ligature de la veine jugulaire interne.
Un des quatre ganglions était envahi par la métastase du carcinome, nécrosé et présentait une rupture capsulaire.

10 mois après le curage, il n'existe aucun signe de récidive loco-régionale ni d'évolution générale.

**

74-3073 : Monsieur G..... Marcel, 59 ans, était porteur en octobre 1974 d'un carcinome malpighien du larynx sus-glottique avec atteinte de la face laryngée de l'épiglotte et de la partie droite de la margelle laryngée,

d'une adénopathie sous-maxillaire gauche.

Stade : non prévu par la classification UICC
MDAH

Cobaltothérapie à visée palliative délivrant une dose de 7500 rads au niveau lésionnel. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads. La région sous-digastrique gauche a reçu 5000 rads par électronthérapie. Surdosage sous-maxillaire gauche par électronthérapie.

Résultat primaire : Régression presque complète de la lésion primitive.
Régression complète de l'adénopathie sous-maxillaire gauche.

La tolérance a été moyenne avec apparition d'une conjonctivite.

4 mois après : Reprise évolutive ganglionnaire sous-maxillaire gauche.

On pratique alors un curage ganglionnaire sous-maxillaire gauche.
Le ganglion prélevé était envahi par la métastase du carcinome avec rupture capsulaire et envahissement du tissu conjonctif de voisinage. Présence d'embols néoplasiques dans les veines et les lymphatiques.

**

75-82 : Monsieur C..... Marcel, 76 ans, était porteur en août 1973 d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant de la luette sans adénopathie.

Stade initial : T_2N_0 UICC
T_2N_0 MDAH

Intervention chirurgicale avec ablation de la tumeur.
Radiothérapie post-opératoire (dose inconnue).

Octobre 1974 : Reprise évolutive ganglionnaire avec adénopathie sous-digastrique droite.

Le 19 octobre 1974 : Curage ganglionnaire cervical droit radical.

Janvier 1975 : Nouvelle reprise évolutive ganglionnaire avec adénopathie controlatérale sous-digastrique gauche.

Le 23 janvier 1975 : Biopsie exérèse.
Le ganglion prélevé était massivement envahi par la métastase du carcinome avec rupture capsulaire.

Le 6 Février 1975 : Reprise chirurgicale avec curage ganglionnaire cer-

s'accompagnant d'une adénopathie jugulo-carotidienne moyenne droite.

Stade : T_3N_1b UICC
T_3N_2A MDAH

Cobaltothérapie avec surdosage par photonthérapie de 25 MeV délivrant une dose de 7100 rads au niveau lésionnel. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads à droite, 5000 rads à gauche. Les aires ganglionnaires spinales droites ont reçu 5800 rads par association de Cobaltothérapie et d'électronthérapie de 7 MeV. Les aires ganglionnaires spinales gauches ont reçu 2400 rads par électronthérapie de 7 MeV.

Résultat primaire : Persistance d'un bourgeonnement de 7 mm sur la face endolaryngée de l'épiglotte.
Régression de l'adénopathie de 50 %.

La tolérance a été moyenne avec amaigrissement de 6 kgs, asialie et radiomucite punctiforme.

le 8 avril 1975 : Curage ganglionnaire cervical droit modifié.
Un ganglion sur les deux prélevés était envahi par la métastase du carcinome, mais stérilisé.

12 mois après : le patient présente un oedème et un certain degré de fixité de l'aryténoïde et de la corde vocale droites.
Pas d'adénopathie cliniquement palpable.

Nécessité d'une surveillance attentive chez ce malade présentant des séquelles post-thérapeutiques.

**

72-1201 : Monsieur G..... Charles, 40 ans, était porteur en juin 1972 d'un carcinome malpighien de la base de la langue s'accompagnant d'une adénopathie sous-digastrique droite.

Stade : T_3N_1b UICC
T_3N_2A MDAH

Cobaltothérapie délivrant une dose de 7000 rads au niveau lésionnel, et 7500 rads au niveau sous-digastrique droit. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads à droite et 5000 rads à gauche.

Résultat primaire : Infiltration résiduelle du sillon glosso-pharyngien droit (diminution de 75 %)
Persistance de l'adénopathie sous-digastrique droite.

le 12 septembre 1972 : Curage ganglionnaire jugulo-carotidien droit fonctionnel.
L'adénopathie était envahie par la métastase du carcinome mais stérilisée.

Apparition d'une induration sous-digastrique droite et d'une gène à la protraction linguale.
Amaigrissement de 7 kgs. Douleurs occipitales.

1 an après : Récidive locale avec reprise évolutive ganglionnaire sous-maxillaire droite.

le 17 juillet 1973 : Pelviglossectomie avec curage sous-maxillaire droit.
La pièce opératoire était massivement envahie par le carcinome et la tranche de section postérieure était colonisée.
Les ganglions prélevés étaient indemnes de tout envahissement.

le 8 janvier 1974 : Reprise évolutive locale et ganglionnaire sous-mentale et sous-maxillaire droite massive.
Osteolyse du maxillaire inférieur avec fracture de la branche horizontale à droite.

Mise en route d'une chimiothérapie par Methotrexate.
Le malade est décédé en mars 1974.

**

74-1139 : Monsieur G..... Roger, 44 ans, était porteur en avril 1974 d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant de la portion mobile de la langue s'accompagnant d'une adénopathie sous-digastrique droite.

Stade : T_3N_1b UICC
T_3N_1 MDAH

Cobaltothérapie délivrant une dose de 5100 rads au niveau de l'oropharynx et de 5400 rads au niveau sous-digastrique. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads à droite et 5000 rads à gauche. Les aires

ganglionnaires spinales ont reçu 6000 rads à droite et 5100 rads à gauche.

Résultat primaire : Important reliquat lésionnel.
Persistance adénopathie sous-digastrique droite.

le 1er août 1974 : hémi-glossectomie droite avec curage ganglionnaire jugulo-carotidien droit radical.
La pièce d'hémi-glossectomie était envahie par le carcinome avec extension au pilier de l'amygdale.
La tranche de section chirurgicale postérieure était indemne de tout envahissement.
Un des cinq ganglions prélevés était envahi par la métastase du carcinome.

6 mois après : Reprise évolutive locale associée à une nécrose de l'hémi-plancher buccal droit s'étendant jusqu'à la loge amygdalienne. P
lienne. Pas d'adénopathie palpable.
Atteinte de l'état général.

On pratique une gastrostomie avec un traitement médical symptomatique . Le malade est décédé un mois après dans un tableau de poursuite de l'évolution locale.

**

74-377 : Monsieur H..... Serge, 50 ans, était porteur en février 1974 d'un carcinome malpighien différencié et peu kératinisant de la portion mobile de la langue étendu au plancher buccal, s'accompagnant d'une adénopathie sous-maxillaire droite fixée, et d'adénopathies sous-digastriques bilatérales mobiles.

Stade : T_3N_3 UICC
T_3N_3B MDAH

Cobaltothérapie délivrant une dose de 5000 rads au niveau lésionnel.
Surdosage de 3000 rads à ce niveau par curiethérapie.
Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 5000 rads à droite et à gauche. Les aires ganglionnaires spinales ont reçu 4800 rads par électronthérapie de 7 MeV.

Résultat primaire : Diminution considérable de la lésion primitive. Persistance d'un petit nodule dans l'épaisseur de la

partie moyenne droite de la portion mobile de la langue.
Persistance d'une masse ganglionnaire sous-maxillaire et sous-mentale droite.

La tolérance a été moyenne avec amaigrissement de 1 kg, radiomucite punctiforme et érythème avec desquamation sèche.

6 semaines après : Disparition complète de la lésion primitive.

2 mois après : Curage ganglionnaire sous-maxillaire bilatéral.
Aucun des trois ganglions prélevés n'était envahi par la métastase du carcinome.

18 mois après, il n'existe aucun signe de récidive loco-régionale.
Apparition d'un hyposialie et d'une fibrose cervicale discrète.

**

73-2566 : Monsieur H..... Noël, 68 ans, était porteur en septembre 1973, d'un carcinome malpighien du plancher de la bouche avec envahissement des parties molles et de la gencive s'accompagnant d'une adénopathie sous-maxillaire droite.

Stade : T_4N_1b UICC
T_4N_1 MDAH

Chimiothérapie : 150 mg de Bléomycine.
Régression de la lésion primitive de 30 % avec persistance de l'infiltration.
Pas de régression de l'adénopathie.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 5000 rads au niveau lésionnel.
Surdosage de 3000 rads à ce niveau par curiethérapie.
Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 5000 rads par cobaltothérapie.

Résultat primaire : Disparition complète de la lésion primitive.
Persistance de l'adénopathie sous-maxillaire droite.

La tolérance a été bonne avec discret érythème et quelques réactions de radiomucite.

le 27 mars 1974 : Curage ganglionnaire sous-maxillaire droit.
Aucun des ganglions prélevés ne présentait d'envahissement.

Dans les suites, on note l'apparition d'un oedème sous-maxillaire et d'une asialie.

14 mois après : Ulcération du plancher de la bouche. La biopsie confirme l'absence de récidive.
Pas d'adénopathie.

17 mois après : Il n'existe aucun signe de récidive loco-régionale ni d'évolution générale.

**

72-2649 : Monsieur J..... Robert, 49 ans, était porteur en janvier 1973 d'un carcinome malpighien de l'amygdale gauche et de la paroi latérale du pharynx s'accompagnant d'une adénopathie sous-digastrique gauche mobile.

Stade : T_3N_1b UICC
T_4N_2A MDAH

Cobaltothérapie délivrant une dose de 6000 rads au niveau lésionnel.
Surdosage par curiethérapie de 2500 rads.

Résultat primaire : Disparition complète de la lésion primitive.
Persistance de l'adénopathie sous-digastrique gauche.

le 13 mai 1973 : Curage ganglionnaire cervical gauche.
Un des trois ganglions prélevés était envahi par la métastase du carcinome, mais stérilisé et nécrosé.

le 30 mai 1973 : Rupture de l'artère carotide gauche qui impose un geste chirurgical d'urgence.
Suites opératoires favorables.

Apparition d'une éxulcération de la base de la langue. La biopsie montre l'absence de récidive.

Fibrose cervicale bilatérale et asialie apparaissent dans les suites.

Pas de signe de récidive loco-régionale en avril 1974.

Le malade est décédé le 7 juin 1974 d'une affection intercurrente.

**

73-2189 : Monsieur J..... René était porteur en octobre 1973 d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant de la base de la langue, s'accompagnant d'une adénopathie sous-digastrique droite fixée et d'une adénopathie jugulo-carotidienne gauche mobile.

Stade : T_4N_3 UICC
T_4N_3 B MDAH

Cobaltothérapie sur ce volume jusqu'à une dose de 6500 rads. Un surdosage par photonthérapie de 25 MeV a porté la dose au niveau lésionnel à 7400 rads par un champ unilatéral. Cobaltothérapie sur les aires ganglionnaires sus-claviculaires délivrant une dose de 6000 rads. Les aires ganglionnaires cervicales postérieures ont reçu par une association de Cobaltothérapie et d'électronthérapie de 7 MeV , 6000 rads des deux côtés. A la fin du traitement, on constate la persistance d'une lésion résiduelle sous la forme d'une induration de la région glosso-amygdalienne droite. Persistance de l'adénopathie sous-digastrique droite avec induration des deux régions mastoïdiennes.

2 mois après : Curage ganglionnaire jugulo-carotidien droit fonctionnel. L'adénopathie était envahie par la métastase du carcinome, mais nécrosée et stérilisée.

Hospitalisation de 9 jours. Petite désunion de la cicatrice vite résolue. Dans les suites thérapeutiques, on note l'apparition d'une asialie, de paresthésies de la région temporale droite et d'otalgies.
Il persiste une ulcération résiduelle au niveau de la base de la langue.

4 mois après : Récidive volumineuse au niveau de la base de la langue. Institution d'une chimiothérapie par méthotrexate.

7 mois après : Apparition de métastases pulmonaires.

Le malade est décédé le 10 août 1974 dans un tableau de poursuite de l'évolution locale avec métastases pulmonaires.

**

74-099 : Monsieur L..... Ernest, 70 ans, était porteur en janvier 1974 d'un carcinome malpighien différencié et non kératinisant du plancher de la bouche, s'accompagnant d'une adénopathie sous-digastrique gauche fixée et d'adénopathies sous-mentales, sous-maxillaires et sous- digastriques droites.

Stade : T_3N_3 UICC
T_3N_3B MDAH

Cobaltothérapie délivrant une dose de 5000 rads au niveau lésionnel.
Surdosage à ce niveau de 3400 rads par curiethérapie.
Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads à gauche et 5000 rads à droite.

Résultat primaire : Persistance d'adénopathies sous-mentales et sous-digastrique bilatérales.

La tolérance a été moyenne avec douleurs locales, amaigrissement de 2 kgs, radiomucite punctiforme vive et érythème avec desquamation sèche.

Le 2 mai 1974 : Curage sous-mental, sous-maxillaire, sous-digastrique bilatéral.
Les ganglions prélevés étaient tous indemnes d'envahissement.

2 mois après : Ulcération du plancher de la bouche atteignant la gencive et mettant l'os du maxillaire inférieur à nu.
Il s'agit d'une récidive locale.
Pelviglossectomie.
Au cours de l'intervention, fracture du maxillaire inférieur qui est ostéosynthèsé. (Le fragment osseux était envahi par la métastase du carcinome).

Dans les suites opératoires, apparition de troubles respiratoires qui nécessitent une trachéostomie d'urgence.
Poursuite de la nécrose du maxillaire inférieur.
6 mois après : Evolution ganglionnaire sous-mentale médianne.

Mise en route d'une chimiothérapie par Ixoten : 6 comprimés par jour pendant 6 semaines.

1 mois après : Fistule sous-mentonnière et latéro-cervicale gauche avec mise à nu du maxillaire inférieur.

On arrête la chimiothérapie et le malade est décédé 2 mois après.

**

72-1395 : Monsieur M..... Charles, 50 ans, était porteur en septembre 1972 d'un carcinome malpighien différencié et non kératinisant de l'épiglotte.
Volumineuse adénopathie sous-digastrique gauche.

Stade : T_3N_1b UICC
T_3N_2A . MDAH

Cobaltothérapie délivrant une dose de 7000 rads au niveau lésionnel et ganglionnaire satellite sur champs progressivement réduits. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads à gauche et 5000 rads à droite .

Résultat primaire : Disparition totale de la lésion primitive.
Adénopathie sous-digastrique gauche résiduelle.

La tolérance est moyenne avec radiomucite punctiforme et discret érythème.

le 7 décembre 1972 : Adénectomie sous-digastrique gauche sous anesthésie locale. L'adénopathie était envahie par la métastase du carcinome mais stérilisée.
Hospitalisation de 10 jours.

On note dans les suites, l'apparition d'un induration et d'un oedème cervical gauche.

Ce malade est décédé le 24 mars 1973 au cours d'un syndrome hémorragique sous traitement anticoagulant, dans un tableau de syndrome de la queue de cheval et de cachexie soit 7 mois après la première consultation.

**

74-1492 : Monsieur M..... Jacques, 51 ans, était porteur d'un carcinome malpighien différencié et peu kératinisant de l'oropharynx étendu à la cavité buccale:atteinte du palais osseux et de la fosse amygdalienne gauche avec extension probable au fond du sinus maxillaire gauche.
Adénopathie sous-digastrique gauche, mobile.

Stade : T_3N_1b UICC
T_3N_1 MDAH

Cobaltothérapie délivrant une dose de 5100 rads au niveau lésionnel. Surdosage par photonthérapie jusqu'à une dose de 7100 rads. La région sous-digastrique gauche a reçu une dose de 6770 rads. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads à gauche et 5000 rads à droite. Les aires ganglionnaires spinales gauches ont reçu 4800 rads par électronthérapie de 7 MeV.

Résultat primaire : Régression complète de la lésion ulcéro-végétante.
Persistance d'une petite masse sous-digastrique gauche.

La tolérance a été moyenne : douleurs
érythème avec desquamation sèche
radiomucite assez vive.

le 24 octobre 1974 : Curage ganglionnaire cervical gauche modifié. (ablation de la jugulaire interne, conservation du sterno-cleido-mastoïdien).
La masse sous-digastrique gauche était envahie par la métastase du carcinome. Pas de rupture capsulaire. Aucun des 7 autres ganglions prélevés n'était colonisé.

2 mois après le curage : poursuite de l'évolution locale en plein volume traité au niveau de la muqueuse de recouvrement du palais osseux.

Reprise chirurgicale avec résection du voile du palais et de la loge amygdalienne gauche. L'envahissement était massif, les tranches de section chirurgicale étaient toutes colonisées par le néoplasme.

2 mois après : Reprise évolutive cutanéo-ganglionnaire avec nodules de perméation et fusée néoplasique le long de l'axe vasculaire gauche.

Le malade est décédé dans ce tableau de reprise évolutive loco-régionale.

**

72-1959 : Mr M..... René, 55 ans, était porteur en septembre 1972 d'un carcinome malpighien différencié et peu kératinisant de la paroi postérieure du mésopharynx. Adénopathie sous-digastrique gauche fixée, et adénopathies spinales droites.

Stade : T_3N_3 UICC
T_3N_3B MDAH

Il a d'abord été institué une chimiothérapie par Bléomycine du 15 octobre au 6 novembre (10 injections IM de 15 mg), Cobaltothérapie jusqu'à une dose de 6000 rads au niveau lésionnel et ganglionnaire satellite. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads à gauche, 5000 rads à droite.

Résultat primaire : Disparition complète de la lésion primitive.
Persistance de l'adénopathie sous-digastrique gauche fixée à l'axe vasculaire.

le 30 janvier 1973 : Curage ganglionnaire jugulo-carotidien gauche fonctionnel avec conservation de la veine jugulaire interne.

L'adénopathie était envahie par la métastase du carcinome, mais stérilisée.
Hospitalisation de 8 jours.

Dans les suites, on note l'apparition d'un blindage cervical.

Le 25 septembre 1973 : Apparition d'une ulcération pharyngée d'allure nécrotique, mais la biopsie confirme la récidive locale.
Présence également de métastases pulmonaires.
Mise en route d'une chimiothérapie VP 16213.

Apparition d'un syndrome neurologique de type aphasie de WERNICKE.

le 22 janvier 1974 : Hépatomégalie + ascite : Métastases hépatiques.
Extension de la récidive pharyngée.
Suspension de la chimiothérapie.

le 6 février 1974 : Oedème aigü du poumon et exitus le 12 février 74 soit 17 mois après la première consultation.

**

73-2670 : Monsieur N..... André, 38 ans, était porteur en octobre 1973 d'un carcinome malpighien différencié et peu kératinisant de la base de la langue s'accompagnant d'adénopathies sous-digastriques droites.

Stade : T_3N_1b UICC
T_3N_2B MDAH

Cobaltothérapie délivrant une dose de 5000 rads au niveau lésionnel. Surdosage de 2400 rads à ce niveau par photonthérapie de 25 MeV. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads à droite, 5000 rads à gauche par Cobaltothérapie. Les aires ganglionnaires spinales ont reçu 5500 rads par combinaison de Cobaltothérapie et d'Electronthérapie .

Résultat primaire : Persistance d'une ulcération médiane de la base de la langue.
Persistance de l'adénopathie sous-digastrique droite.

le 25 Février 1974 : Curage ganglionnaire cervical supérieur droit modifié avec adénectomie sous-digastrique gauche.
Les quatre ganglions prélevés étaient envahis par la métastase du carcinome, mais nécrosés et stérilisés.

Dans les suites, on note l'apparition de douleurs locales, d'un oedème de la langue et d'une dysphagie haute.

8 mois après : Ulcération nécrotique de la base de la langue.
Induration du plancher de la bouche.

4 mois après : Etat de reprise évolutive marqué par une dyspnée avec tirage sus-claviculaire nécessitant un mois après une trachéotomie.

Mise en route d'une chimiothérapie par Bléomycine.

Le malade est décédé 2 mois après dans un tableau de reprise évolutive locale avec altération importante de l'état général.

**

73-2955 : Monsieur P..... Henri, 50 ans, était porteur en octobre 1973 d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant du plancher buccal gauche s'accompagnant d'adénopathies sous-mentales, rétro-maxillaire gauches et sous digastrique droite.

Stade : T_3N_3 UICC
T_3N_3B MDAH

Cobaltothérapie délivrant une dose de 5000 rads au niveau lésionnel. Surdosage de 3000 rads à ce niveau par curiethérapie. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 5000 rads par cobaltothérapie.

Résultat primaire : Disparition complète de la lésion primitive.
Persistance de l'adénopathie sous-digastrique droite.

La tolérance a été bonne avec discret érythème et quelques réactions de radiomucite punctiforme.

le 10 avril 1974 : Curage ganglionnaire sus-hyoïdien bilatéral.
Aucun des ganglions prélevés ne présentait d'envahissement.

Dans les suites, apparition d'une sclérose sous-maxillaire avec oedème de l'hémi-face gauche.
Ulcération résiduelle du plancher.

15 mois après : Ulcération gingivale inférieure médiane s'associant à une radionécrose de l'arc antérieur du maxillaire inférieur.

20 mois après : Augmentation de la radionécrose. La biopsie confirme l'absence de récidive locale.
Pas d'évolution régionale ou générale.

**

73-1495 : Monsieur R..... Marcel, 44 ans, était porteur en juillet 1973 d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant du sinus piriforme gauche s'accompagnant d'adénopathies jugulo-carotidiennes moyennes bilatérales, fixées.

Stade : T_3N_3 UICC
T_3N_3B MDAH

Association radiothérapie + chimiothérapie.
Cobaltothérapie délivrant une dose de 6000 rads au niveau lésionnel. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 4000 rads. Les aires ganglionnaires spinales ont reçu 6000 rads par combinaison de Cobaltothérapie et d'Electronthérapie.

Le malade a reçu dans le même temps 18 injections de 15 mg de Bléomycine soit une dose totale de 270 mg.

Résultat primaire : Zône résiduelle nécrotique située au-niveau de la partie postéro-latérale de la margelle laryngée s'étendant dans l'hypopharynx rétro-cricoïdien.
Persistance des adénopathies.

le 21 novembre 1973 : Curage ganglionnaire cervical bilatéral fonctionnel. 4 des 6 ganglions prélevés à gauche et tous les ganglions prélevés à droite étaient envahis par la métastase du carcinome, mais stérilisés et nécrosés. Le geste chirurgical a été moins large que prévu en raison de problèmes anesthésiques.

Le malade est décédé le 25 février 1974.

**

73-0463 : Monsieur S..... Charles, 52 ans, était porteur en mars 1973 d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant du larynx sus-glottique (épiglotte sus et sous-hyoïdienne avec envahissement de la loge pré-épiglottique) s'accompagnant d'une adénopathie sous-digastrique.

Stade : T_4N_1b UICC
T_4N_2A MDAH

Cobaltothérapie délivrant une dose de 4250 rads au niveau lésionnel.
Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 5000 rads.

le 18 avril 1973 : Pharyngo-laryngectomie totale avec curage ganglionnaire jugulo-carotidien supérieur droit modifié.
Il persistait dans la pièce opératoire une ulcération résiduelle de la face inférieure de l'épiglotte donnant accès dans la loge pré-épiglottique.
L'adénopathie sous-digastrique était envahie par la métastase du carcinome, mais stérilisée.

Suites opératoires perturbées par la formation de bouchons muqueux bronchiques difficilement aspirables.
Apparition d'une hypersialorrhée.

28 mois après, il n'existe aucun signe de récidive loco-régionale ou d'évolution générale.

**

73-0259 : Monsieur S..... Jean Baptiste, 49 ans, était porteur en janvier 1973 d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant du plancher de la bouche étendu à la portion mobile de la langue s'accompagnant d'une adénopathie sous-maxillaire gauche fixée et d'adénopathies sous-digastriques bilatérales.
Leucoplasie superficielle du revêtement muqueux de la branche montante du maxillaire inférieur.

Stade: T_3N_3 UICC
T_3N_3B MDAH

Il a d'abord été pratiqué à l'Institut Gustave ROUSSY (Villejuif) une radio-chimiothérapie : Perfusion int artérielle de 450 mg de Methotrexate associée à une cobaltothérapie délivrant une dose de 1700 rads en 2 fractions et 3 jours.

Cobaltothérapie 3 semaines après de type fractionné délivrant une dose de 2250 rads au niveau lésionnel.

Surdosage de 2700 rads à ce niveau par curiethérapie.

Résultat primaire : Persistance d'un petit reliquat lésionnel et des

adénopathies sous-maxillaire et sous-digastrique gauches.

La tolérance a été moyenne avec amaigrissement de 3 kgs et une radiomucite ayant entrainé une dysphagie.

Le 15 juin 1973 : Curage ganglionnaire bilatéral modifié.
Un ganglion sous-digastrique gauche était envahi par la métastase du carcinome, mais stérilisé.
Les autres ganglions étaient indemnes d'envahissement.

Persistance d'une ulcération résiduelle au niveau du plancher buccal.

9 mois après le curage : Reprise évolutive au niveau des 2/3 antérieurs de la portion mobile de la langue associée à une nécrose du plancher buccal. Pas d'adénopathie.

Mise en route d'une chimiothérapie : 25 mg/mois de Méthotrexate.

4 mois après : Reprise évolutive ganglionnaire cervicale gauche.

Le malade est décédé dans un tableau de poursuite de l'évolution locorégionale 2 mois après.

***

74-212 : Monsieur S..... Marcel, 64 ans, était porteur en janvier 1974, d'un carcinome malpighien différencié et peu kératinisant du plancher de la bouche étendu à la face inférieure de la portion mobile de la langue s'accompagnant d'adénopathies sous-maxillaires droites et jugulo-carotidienne gauche.

Stade : T_3N_3 UICC
T_3N_3B MDAH

Chimiothérapie délivrant une dose de 300 mg de Bléomycine.
Apparition d'une chimiomucite avec petite perte de substance gingivale.

Cobaltothérapie délivrant une dose de 5000 rads au niveau lésionnel.
Surdosage de 3000 rads à ce niveau par curiethérapie.
Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads par cobaltothérapie .
Résultat primaire : Régression de la lésion et des adénopathies de 75 %.

La tolérance a été moyenne avec amaigrissement de 1 kg, radiomucite et érythème sans desquamation.

Apparition d'une nécrose superficielle periostée du maxillaire inférieur.

2 mois après : Curage ganglionnaire sus-hyoïdien bilatéral.
Deux des trois ganglions prélevés étaient envahis par la métastase du carcinome mais stérilisés.

13 mois après : Mise à nu du maxillaire inférieur sans ostéonécrose importante.
Fibrose cervicale importante.

18 mois après : Récidive locale limitée avec nécrose des parties molles du plancher buccal et exposition périostée.

La pelvectomie avec résection mandibulaire est récusée devant l'importance de l'ulcération du plancher et de l'infiltration sous-mentale.

**

74-2342 : Monsieur T..... Maurice, 53 ans, était porteur en octobre 1974 d'un carcinome malpighien peu différencié et non kératinisant du plancher de la bouche s'accompagnant d'adénopathies sous-mentales, sous-maxillaires et sous-digastriques bilatérales.

Stade : T_4N_3 UICC
T_4N_3B MDAH

Cobaltothérapie délivrant une dose de 5000 rads au niveau lésionnel.
Surdosage de 3500 rads à ce niveau par curiethérapie.

Résultat primaire : Reliquat lésionnel au niveau de la portion mobile de la langue.
Persistance des adénopathies.

le 19 février 1975 : Curage ganglionnaire sus-hyoïdien bilatéral.
Aucun des ganglions prélevés n"était le siège d'envahissement.

Dans les suites, on note l'apparition d'une fibrose cervicale.

8 mois après : Nécrose du plancher buccal. Biopsie négative.
Il n'existe aucun signe de récidive loco-régionale , ni d'évolution générale.

**

73-2933 : Monsieur V..... Jean, 35 ans, était porteur en octobre 1973 d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant du plancher de la bouche s'accompagnant d'adénopathies sous-maxillaires gauches.

Stade : T_2N_1b UICC
T_2N_2B MDAH

Cobaltothérapie délivrant une dose de 5000 rads au niveau lésionnel. Surdosage de 2400 rads à ce niveau par curiethérapie. Les aires ganglionnaires spinales ont reçu 5500 rads à gauche et 4300 rads à droite par combinaison de cobaltothérapie et d'électronthérapie.

Résultat primaire : Disparition complète de la lésion primitive.
Persistance d'adénopathies sous-digastriques bilatérales.

Bonne tolérance avec discret érythème et quelques réactions de radiomucite.

2 mois après : Curage ganglionnaire sous-maxillaire et jugulo-carotidien gauche avec ligature du tronc veineux thyro-linguo) pharyngo-facial.
Le curage sous-maxillaire était indemne de tout envahissement .
Un des deux ganglions jugulo-carotidiens était envahi par la métastase du carcinome mais stérilisé.

Dans les suites, on note l'apparition d'otalgies, d'une sclérose cervicale et d'un oedème sous-mental et sous-digastrique gauche.

7 mois après : Récidive locale sous la forme d'une exulcération du plancher de la bouche.

Le malade est décédé 1 mois après dans un tableau de reprise évolutive locale.

**

73-2110 : Monsieur V..... Florentin, 58 ans, était porteur d'un carcinome malpighien de la région glosso-amygdalienne droite s'accompagnant d'adénopathies sous-digastriques bilatérales fixées à droite, mobiles à gauche.

Stade : T_3N_3 UICC
T_4N_3B MDAH

Cobaltothérapie puis surdosage par photonthérapie de 25 MeV délivrant 7200 rads au niveau lésionnel. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads par cobaltothérapie. Les aires ganglionnaires spinales ont reçu par combinaison de cobaltothérapie et d'électronthérapie de 7 MeV 6000 rads des deux côtés .

Résultat primaire : régression incomplète de la lésion primitive sous la forme d'une induration du sillon amygdalo-glosse et de la base de la langue à droite.
Persistance des adénopathies qui ont diminué de 70 %.

La tolérance a été bonne. On note un érythème sans desquamation et une radiomucite punctiforme.

Le 10 janvier 1974 : Adénectomie sous-digastrique bilatérale.
Une des deux adénopathies prélevées à droite était envahie par la métastase du carcinome mais stérilisée.
Il en était de même pour l'adénopathie prélevée à gauche.
Aucune des adénopathies prélevées au niveau jugulo-carotidien moyen et postérieur n'était envahie.

Hospitalisation de 10 jours. Bonne cicatrisation. Apparition d'une otalgie.

2 mois après : Ulcération nécrotique de la région amygdalienne avec exposition périostée.
Il s'agit d'une récidive associée à une nécrose.
Pas d'évolution ganglionnaire.

Le malade est décédé en août 1974 dans le tableau d'une poursuite de l'évolution tumorale.

**

74-2552 : Monsieur M..... Robert, 41 ans, était porteur en novembre 1974 d'un carcinome malpighien différencié et peu kératinisant de la fosse amygdalienne gauche avec extension au voile, au pilier postérieur et à la base de la langue du même côté , s'accompagnant d'une adénopathie sous-digastrique gauche fixée.

Stade : T_3N_3 UICC
T_3N_3A MDAH

Cobaltothérapie puis photonthérapie délivrant une dose de 7000 rads. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads à gauche et 5000 rads à droite.

Régression complète de la lésion primitive.
Régression de 50 % de l'adénopathie.

Le 17 janvier 1975 : Curage ganglionnaire cervical gauche modifié. 2 ganglions sur les 3 prélevés présentaient des stigmates d'envahissement par la métastase du carcinome, mais étaient stérilisés.

Cervicalgies gauches, difficulté à s'alimenter dans les suites.

août 1975 : Récidive locale sous la forme d'une ulcération au niveau de la base de la langue.

Le 20 août 1975 : hémiglossectomie gauche.

Trismus important dans les suites opératoires, avec otalgies.

Février 1976 : 2ème récidive locale au niveau de la loge amygdalienne. Phénolisation des nerfs maxillaires supérieurs et inférieurs gauches.

**

74-2274 : Monsieur M..... Pierre, 63 ans, était porteur en octobre 1974 d'un carcinome malpighien différencié et peu kératinisant du plancher de la bouche.

Stade : T_2N_1b UICC
T_2N_1 MDAH

Cobaltothérapie délivrant une dose de 5000 rads. Surdosage de 2600 rads par une curiethérapie au niveau du reliquat lésionnel.

Disparition complète de la lésion primitive et des adénopathies.

Le 8 janvier 1975 : Curage ganglionnaire cervical gauche modifié. Les 8 ganglions prélevés ne présentaient pas de stigmates d'envahissement.

Apparition d'une fibrose sous-cicatricielle.

14 mois après : Récidive loco-régionale au niveau du plancher de la bouche avec lymphangite carcinomateuse cervicale.

Mise en route d'une chimiothérapie : Méthotrexate.

**

74-2310 : Monsieur C..... Louis, 61 ans, était porteur en septembre 1974 d'un carcinome malpighien peu différencié et non kératinisant de la portion mobile de la langue.

Stade : T_3N_1b UICC
T_3N_2A MDAH

Cobaltothérapie délivrant une dose de 7000 rads au niveau lésionnel. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads des deux côtés.

Régression lésionnelle importante, mais persistance de l'infiltration avec un oedème à l'emplacement de la lésion primitive.

Le 20 janvier 1975 : Curage ganglionnaire sous-maxillaire droit.
1 ganglion sur les 3 prélevés était envahi par la métastase du carcinome.

La tolérance a été excellente.

On note dans les suites l'apparition d'un oedème important de l'oropharynx.

Octobre 1975 : Reprise évolutive régionale avec nodules de perméation jugulo-carotidiens, scapulaires postérieurs et axillaires.

**

73-2918 : Monsieur L....., 36 ans, était porteur en décembre 1974 d'un carcinome malpighien différencié et peu kératinisant du sinus piriforme gauche, s'accompagnant d'adénopathies bilatérales mobiles.

Stade : T_3N_2b UICC
T_3N_3B MDAH

Cobaltothérapie délivrant une dose de 4800 rads. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads des 2 côtés. Les aires ganglionnaires spinales ont reçu 5900 rads à gauche et 5000 rads à droite par électronthérapie.

Régression lésionnelle de 80 % . Régression des adénopathies de 40 %. Très bonne tolérance.

le 18 mars 1974 : Pharyngo-laryngectomie totale avec curage ganglionnaire cervical gauche radical.
La pièce opératoire était envahie par le carcinome .

Les tranches de section étaient indemnes de tout envahissement.
4 des 6 ganglions prélevés présentaient des stigmates d'envahissement par la métastase du carcinome, mais ils étaient tous stérilisés.

Inondation bronchique par mauvaise tolérance de la sonde naso-gastrique.

Avril 1974 : Métastases pulmonaires bilatérales.

12 avril 1974 : Gastrostomie.

Le malade est décédé dans un tableau d'insuffisance respiratoire aigüe avec surinfection pulmonaire.

**

75-530 : Monsieur B..... Julien, 46 ans, était porteur en janvier 1974 d'un carcinome malpighien du sinus piriforme gauche s'accompagnant d'adénopathies bilatérales.

Stade : T_3N_3 UICC
T_3N_3B MDAH

Cobaltothérapie délivrant une dose de 5000 rads.

Juin 1974 : Reprise évolutive ganglionnaire sous-maxillaire gauche
Adénectomie sous-maxillaire gauche.
Le ganglion était envahi par la métastase du carcinome et n'était pas stérilisé.

Nouvelle cobaltothérapie post-opératoire.

Février 1975 : Reprise évolutive ganglionnaire homolatérale.

Le 26 février 1975 : Curage ganglionnaire radical gauche.
Les 2 masses ganglionnaires étaient envahies par la métastase du carcinome avec rupture capsulaire et extension au tissu conjonctif et au muscle de voisinage.

Infection sous-cicatricielle par le staphylocoque.

On note dans les suites, une otalgie gauche.

Actuellement, il n'existe aucun signe de récidive loco-régionale.

**

ANALYSE DU DEUXIEME GROUPE.

Nous allons maintenant étudier les patients chez lesquels l'évidement ganglionnaire cervical est intervenu après une radiothérapie.
La décision chirurgicale était prévue dès le début de la thérapeutique adoptée.
Ce chapitre va s'attacher à analyser le statut carcinologique des patients, la technique radiothérapique utilisée, les types d'interventions chirurgicales employées, les données anatomo-pathologiques avec les problèmes nouveaux posés par l'irradiation préalable. Enfin, les résultats essayeront de définir les malades qui seront redevables d'une telle association radio-chirurgicale.

29 malades ont subi un évidement ganglionnaire cervical après une irradiation préalable. On a pratiqué chez ces 29 patients 38 curages ganglionnaires dont 9 biletéraux.

1 - *Statut carcinologique de ces patients.*

Lésion primitive : étudions-en ses caractères.

localisation : Cavité buccale dans 12 cas.
Oropharynx dans 8 cas.
Hypopharynx dans 6 cas.
Larynx sus-glottique dans 3 cas.

On remarque ici la prépondérance de la localisation cavité buccale. Il s'agit de carcinomes du plancher de la bouche que nous traitons par radiothérapie externe suivied'une curiethérapie sur le reliquat lésionnel, puis curage ganglionnaire habituellement supra-hyoïdien bilatéral.

Stade UICC de la lésion primitive :

T_0	T_1	T_2	T_3	T_4	TOTAL
0/17	1/56	5/115	19/162	4/75	29/425
					29/455

Stade MDAH de la lésion primitive :

T_0	T_1	T_2	T_3	T_4	TOTAL
0/17	1/56	2/115	18/154	8/83	29/425
					29/455

On remarque la très grande proportion de lésions primitives évoluées (26/237). Ce sont des malades dont le pronostic dépendait essentiellement de la lésion primitive et chez lesquels il a d'abord été pratiqué une irradiation à ce niveau, mais qui présentaient également des adénopathies nécessitant un complément thérapeutique chirurgical à ce niveau.

Adénopathies.

Les 29 malades de ce groupe présentaient donc tous des adénopathies cervicales lors du premier examen clinique.

13 malades présentaient des adénopathies bilatérales.
16 malades présentaient des adénopathies unilatérales, d'ailleurs toutes homolatérales.

Stade UICC des adénopathies.

N_0	N_1a	N_1b	N_2a	N_2b	N_3	TOTAL
0/209	0	15/98	0	0/16	14/102	29/425
0/233		15/104				29/455

Stade MDAH des adénopathies.

N_0	N_1	N_2A	N_2B	N_3A	N_3B	TOTAL
0/209	7/50	6/48	2/16	1/44	13/58	29/425
0/233	5/53	9/51				29/455

Dans aucun cas, il n'existait d'adénopathie controlatérale isolée. On note la grande proportion de malades porteurs d'adénopathies bilatérales mobiles ou fixées (13/58 soit 22 %).

2 - *Radiothérapie pré-opératoire.*

Tous ces malades ont donc reçu une irradiation au niveau de la lésion primitive et des airesganglionnaires cervicales.

Doses reçues au niveau de la lésion primitive :

- 5000 rads environ dans 2 cas.
- 6000 rads environ dans 2 cas.
- 6500 rads environ dans 1 cas.
- Plus de 7000 rads dans 24 cas.

Doses reçues au niveau ganglionnaire cervical :

- 5000 rads environ dans 11 cas.
- 6000 rads environ dans 5 cas.
- 6500 rads environ dans 11 cas.
- Plus de 7000 rads dans 2 cas.

Deux ordres de fait peuvent être remarqués :

- les très fortes doses reçues par la lésion primitive proviennent du nombre important de malades ayant été surdosés au niveau du reliquat lésionnel par curiethérapie. Il s'agissait des 12 carcinomes du plancher de la bouche et de l'oropharynx.

- les faibles doses reçues par les aires ganglionnaires cervicales en sont la conséquence. D'autre part, la dose avait été volontairement limitée en prévision de l'acte chirurgical.

3 - *Statut des malades après la radiothérapie.*

Nous allons étudier les résultats observés à la fin de la première séquence thérapeutique constituée par l'irradiation.

Régression de la lésion primitive :

0 %	< 50 %	≥ 50 %	100 %
0	1/29	5/29	23/29

Régression des adénopathies :

0 %	< 50 %	≥ 50 %	100 %
0	4/29	22/29	3/29

Statut des malades : (T = lésion primitive, N = adénopathie)

T+ N+ dans 6 cas
T- N+ dans 20 cas
} 26 N^+ après radiothérapie .

T+ N- dans 0 cas
T- N- dans 3 cas
} 3 N^- après radiothérapie.

3 malades étaient sans signe d'évolution loco-régionale.
Un nombre très important de malades a vu sa lésion primitive être supprimée par l'irradiation, alors qu'au niveau ganglionnaire, les résultats primaires de la radiothérapie sont moins spectaculaires. Ceci est du au fait que la dose avait été volontairement limitée en prévision de l'acte chirurgical.

26 malades sur 29 présentaient donc des adénopathies cliniquement palpables en fin d'irradiation.

4 - *Technique opératoire.*

Le délai entre la fin de l'irradiation et l'évidement ganglionnaire cervical a été de

1 mois dans 12 cas.
2 mois dans 16 cas.
supérieur à 2 mois dans 1 cas.

On a pratiqué 38 curages ganglionnaires dont 9 bilatéraux chez ces 29 malades.
La proportion importante de curages bilatéraux provient de la pratique d'un curage supra-hyoïdien bilatéral assez fréquemment dans les carcinomes du plancher buccal.

L'évidement ganglionnaire a été radical dans 3 cas et modifié dans 26 cas.

On note donc ici la fréquence élevée des curages modifiés pratiqués chez des patients ayant reçu une irradiation par rapport au premier groupe de malades.

Chez 4 malades, le curage ganglionnaire a été accompagné de l'exérèse chirurgicale d'un reliquat au niveau de la tumeur primitive.

Une chimiothérapie a été instituée chez 5 malades, avant la radiothérapie dans 4 cas et pendant la radiothérapie dans 1 cas. Il s'agissait de malades présentant des lésions très importantes, de caractère bourgeonnant essentiellement et chez lesquels il a été délivré 300 mg de Bléomycine pour réduire le volume tumoral avant l'irradiation.

5 - *Analyse histologique.*

Dans ce groupe, l'examen anatomo-pathologique a différents objectifs :

- confirmer la nature carcinomateuse de l'envahissement ganglionnaire.
- étudier les stigmates d'envahissement antérieur .
- préciser la stérilisation ou non des adénopathies par l'irradiation.
- apprécier le degré de nécrose ganglionnaire.

17 malades étaient porteurs d'une métastase ganglionnaire d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant.
12 malades étaient porteurs d'une métastase ganglionnaire d'un carcinome malpighien moyennement différencié et peu kératinisant.

21 malades sur 29 présentaient encore des stigmates d'envahissement d'importance variable par la métastase du carcinome au niveau ganglionnaire.

Pas d'envahissement ganglionnaire	Envahissement moyen	Envahissement massif
8/29	12/29	9/29

2 malades seulement n'étaient pas stérilisés.(Ils avaient reçu des doses de l'ordre de 5000 rads). La radiothérapie a donc entrainé une stérilisation ganglionnaire dans 90 % des cas alors que des adénopathies persistaient à l'inverse à l'examen clinique chez 90 % des malades.
On note donc les limites de l'examen clinique après irradiation pour juger de l'envahissement ganglionnaire . Par ailleurs, l'efficacité de la radiothérapie est démontrée si on rappelle à nouveau que de propos délibéré, on avait limité les doses d'irradiation en vue de l'acte chirurgical.
5 malades présentaient une fonte nécrotique ganglionnaire après l'irradiation.

Il n'est pas indiqué de présence de rupture capsulaire ou d'embols néoplasiques lymphatiques ou veineux, car le curage a toujours eu lieu dans des délais relativement courts après l'irradiation (en moyenne 2 mois) et cette analyse était rendue impossible par la sclérose péri-ganglionnaire.

6 - *Complications et séquelles.*

1 malade sur 29 a présenté une complication majeure : hémorragie de l'artère carotide interne.

Un fait caractéristique est ici le taux beaucoup plus élevé des complications mineures et des séquelles par rapport au premier groupe.
20 malades sur 29,soit 70 % présentent en effet des séquelles :

- 14 cas de fibrose sous-cutanée ou musculaire modérée.
- 3 cas d'otalgies.
- 6 cas d'oedème en particulier sous-mental avec présence d'un jabot post-radiothérapique.

7 - Résultats carcinologiques.

1 malade a été perdu de vue.

12 malades soit 41 % sont actuellement vivants. Etudions leur statut carcinologique.

	6 mois-1 an	1 an-2 ans	2 ans -3 ans	
Malade vivant sans évolution carcinologique	1	5	4	10/29
Malade vivant avec évolution carcinologique		2		2/29

10 malades sur 29 sont donc actuellement vivants sans aucun signe de reprise évolutive loco-régionale ou générale.

16 malades sont décédés soit 56 % de ce groupe. Etudions le délai dans lequel est survenu le décès et sa cause.

	avant 6 mois	6 mois -1 an	1 an - 2 ans	2ans - 3 ans
DELAI	0/16	6/16	9/16	1/16

Là encore, 15 malades soit 96 % des patients qui meurent, décèdent dans les deux premières années.

Causes du décès :
- Récidive locale 7/16
- Récidive loco-régionale 5/16
- Récidive ganglionnaire isolée 0/16
- Evolution métastatique 3/16
- Décès post-opératoire 0/16
- Affection intercurrente 2/16
- Cause inconnue 2/16

On remarque qu'il n'existe aucune récidive ganglionnaire isolée ayant entrainé le décès du patient.
Les seules récidives ganglionnaires mortelles sont associées à une reprise évolutive de la lésion primitive.

8 - *Evolutions carcinologiques observées*. (chez les malades vivants et décédés).

Récidive locale 7 cas /29
Récidive loco-régionale 5 cas/29
Récidive ganglionnaire pure 1 cas/29
Evolution métastatique 3 cas/29

6 malades sur 29 ont donc présenté une reprise évolutive ganglionnaire, isolée dans 1 cas, associée dans 5 cas à une récidive locale.

Si on utilise à nouveau la méthodologie de G.H. FLETCHER , on arrive alors dans ce groupe à 1 échec ganglionnaire isolé pour 24 malades, soit 4 %. Les 5 récidives loco-régionales ont toutes entrainé le décès du patient.

Cet échec ganglionnaire isolé était un stade N_2B MDAH et N_1b UICC au niveau ganglionnaire et un stade T_3 au niveau de la lésion primitive.

On ne constate que 3 cas d'évolution métastatique sur 29, soit 10 % des malades , taux nettement moins élevé que dans le groupe des curages ganglionnaires avant radiothérapie (23 % de métastases, 60 % d'entre elles entrainant le décès du patient).

9 - *Analyse des 6 cas d'échecs ganglionnaires*. (isolés et associés à une récidive locale).

Parmi ces 6 échecs ganglionnaires, un seul était isolé et les 5 autres étaient associés à une reprise évolutive de la lésion primitive.

Stade UICC et MDAH clinique initial :

N_0	N_1a	N_1b	N_2a	N_2b	N_3	TOTAL
0/0	0	2/15	0	0/0	4/14	6/29

UICC

N_0	N_1	N_2A	N_2B	N_3A	N_3B	TOTAL
0/0	1/7	0/6	1/2	0/1	4/13	6/29

MDAH

Bien que le nombre de malades soit trop petit, on remarque la fréquence d'une atteinte bilatérale initiale au niveau ganglionnaire cervical.

Importance de l'envahissement à l'examen anatomo-pathologique.

Pas d'envahissement ganglionnaire	Envahissement moyen	Envahissement massif
1/8	3/12	2/9

On remarque le malade ayant présenté une évolution ganglionnaire alors que l'examen du curage ganglionnaire montrait l'absence de tout envahissement à ce niveau. Les chiffres sont ici trop faibles pour conclure.

Mode opératoire : Evidement radical : 0 cas/3 malades ayant subi un curage radical.

Evidement fonctionnel : 6 cas/26 malades ayant subi un curage modifié.

Il est dommage que le nombre d'évidements radicaux soit trop faible, pour en conclure la pratique plus fréquente de ce type de curage.

Radiothérapie : Doses délivrées au niveau ganglionnaire cervical.

- 5000 rads dans 1 cas/11
- 6000 rads environ dans 3 cas/5
- 6500 rads environ dans 2 cas/11
- Plus de 7000 rads dans 0 cas/2.

Des doses inférieures à 6500 rads semblent insuffisantes d'autant plus que les 6 récidives ganglionnaires sont toutes en territoire irradié.

Il s'agissait d'une récidive bilatérale dans 3 cas

unilatérale dans 3 cas

- homolatérale 3 cas
- Controlatérale 0 cas

Là encore, l'absence de récidive ganglionnaire controlatérale au curage démontre la nécessité de pratiquer une irradiation cervicale bilatérale chez des malades porteurs de carcinome cervico-faciaux.

CURAGES GANGLIONNAIRES

POUR RECIDIVE CLINIQUE GANGLIONNAIRE

APRES RADIOTHERAPIE EXLUSIVE

73 - 46 : Monsieur A..... Henri, 68 ans, était porteur en avril 1973 d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant de la luette sans adénopathie.

Stade : T_3N_0 UICC
T_3N_0 MDAH

Cobaltothérapie délivrant une dose de 7000 rads au niveau lésionnel et ganglionnaire satellite. Surdosage de 3000 Roentgens par radiothérapie superficielle endocavitaire.

Disparition complète de la lésion primitive.

Octobre 1974 : Reprise évolutive ganglionnaire avec adénopathies sous-digastrique et cervicale postérieure gauches.

le 3 octobre 1974 : Curage ganglionnaire cervical gauche radical.
Un des 3 ganglions prélevés était envahi par la métastase du carcinome et présentait une rupture capsulaire avec extension au muscle et au tissu conjonctif de voisinage.

Apparition d'une dysphagie dans les suites opératoires.

Janvier 1975 : Reprise évolutive générale avec métastases costales gauches.
Radiothérapie locale antalgique délivrant 1700 rads en 48 heures à ce niveau.

Le malade est décédé en février 1975 dans un tableau de poursuite de l'évolution générale.

**

74-224 : Monsieur A..... Jean-Marie, 37 ans, était porteur en janvier 1974 d'un esthésio-neuroépitheliome de la fosse nasale gauche sans adénopathie .

Stade : non prévu UICC
MDAH

Chimiothérapie délivrant une dose de 300 mg de Bléomycine.

Le 2 janvier 1974 : Un geste de réduction tumorale avec bilan d'extension est pratiqué par le Dr COUDRY.

Radiothérapie post-opératoire délivrant une dose de 7000 rads au niveau lésionnel.

Juin 1974 : Reprise évolutive ganglionnaire avec adénopathies jugulo-carotidiennes gauches.

le 6 juin 1974 : Curage ganglionnaire cervical gauche radical.
Un ganglion sur les 18 prélevés était envahi par la métastase du carcinome sans rupture capsulaire.

Electronthérapie post-opératoire délivrant une dose de 5000 rads sur la région cervicale gauche.

en novembre 1975 : Il n'existe aucun signe de récidive loco-régionale, ni d'évolution générale.

**

73-1235 : Monsieur B..... André, 51 ans, était porteur en juin 1973 d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant du plancher buccal gauche, s'accompagnant d'adénopathies jugulo-carotidiennes bilatérales, dont une fixée à droite.

Stade : T_3N_3 UICC
T_3N_3B MDAH

Cobaltothérapie délivrant une dose de 5100 rads au niveau lésionnel. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads par cobaltothérapie. Les aires ganglionnaires spinales ont reçu 4500 rads par combinaison de cobaltothérapie et d'électronthérapie de 7 MeV.

Surdosage au niveau lésionnel de 3000 rads par un temps curiethérapique.

Résultat primaire : Disparition complète de lésion primitive.
Persistance d'une adénopathie sous digastrique droite,
" d'adénopathies sous-maxillaires bilatérales

Bonne tolérance avec un discret érythème sans desquamation et une radiomucite punctiforme.

4 mois après : Ulcération au niveau du plancher buccal avec nécrose des parties molles.

le 11 janvier 1974 : Curage ganglionnaire cervical gauche modifié avec exploration à droite.
Deux des six ganglions prélevés à gauche et un des quatre ganglions prélevés à droite étaient envahis par la métastase du carcinome.

Au mois de mars 1975 : Récidive ganglionnaire cervicale postérieure gauche.

Le 18 mars 1975 : On complète le curage ganglionnaire cervical gauche.
Le nodule prélevé est envahi par la métastase du carcinome avec rupture capsulaire et envahissement du tissu conjonctif de voisinage.

Electronthérapie post-opératoire de 7 MeV délivrant une dose de 4000 rads à la région latéro-cervicale gauche. Bonne tolérance.

Pas de reprise évolutive.

**

73-1337 : Monsieur B..... Ernest, 51 ans, était porteur en juin 1973 d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant de l'hémi-vallécule droite et de l'épiglotte sus-hyoïdienne s'accompagnant d'une adénopathie sous-digastrique droite.

Stade : T_3N_1b UICC
T_4N_1 MDAH

Cobaltothérapie délivrant une dose de 6800 rads au niveau de la lésion primitive et des aires ganglionnaires satellites. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads à droite et 5000 rads à gauche. Les aires ganglionnaires cervicales postérieures ont reçu 5600 rads à droite et 5000 rads à gauche.

Novembre 1973 : Reprise évolutive loco-régionale avec adénopathies bilatérales.

Le 28 novembre 1973 : Pharyngo-laryngectomie totale avec curage ganglionnaire cervical bilatéral modifié.
La tranche de section de la pièce d'exérèse au niveau de la langue était envahie par le carcinome.
Les deux ganglions prélevés étaient envahis par la métastase du carcinome avec rupture capsulaire.

Février 1974 : Reprise évolutive locale seule au niveau de la base de la langue et de l'orifice supérieur du néopharynx.
Mise en route d'une chimiothérapie.

Le malade est décédé le 17 mai 1974 dans un tableau de poursuite de l'évolution locale.

**

74-0875 : Monsieur B..... Oreste, 71 ans, était porteur en mars 1975 d'un carcinome de la face ventrale de la portion mobile de la langue sans adénopathie .

Stade : T_2N_0 UICC
T_2N_0 MDAH

La constatation en cours de radiothérapie de l'apparition de deux conglomérats ganglionnaires jugulo-carotidiens gauches fait classer ce patient au stade : T_2N_2 UICC
T_2N_2B MDAH

Cobaltothérapie délivrant une dose de 5000 rads au niveau lésionnel. Surdosage de 3000 rads à ce niveau par curiethérapie.
Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads à gauche et 5000 rads à droite. Les aires ganglionnaires spinales ont reçu 5900 rads à gauche et 5100 rads à droite par association de Cobaltothérapie et d'Electronthérapie.

Résultat primaire : Reliquat lésionnel granuleux.
Persistance d'adénopathies jugulo-carotidiennes gauches.

La tolérance a été bonne avec un discret érythème et quelques réactions de radiomucite.

2 mois après : Curage ganglionnaire cervical gauche modifié.
Cinq des sept ganglions prélevés étaient envahis par la métastase du carcinome et présentaient une rupture capsulaire avec atteinte du muscle et du tissu conjonctif de voisinage.

Dans les suites, on note l'apparition d'une asialie et d'un blindage des deux régions jugulo-carotidiennes. Désunion de la cicatrice du curage au niveau sous-maxillaire gauche rapidement résolue.

4 mois après : Reprise évolutive ganglionnaire controlatérale. Coulée

ganglionnaire tout le long de la veine jugulaire interne droite remontant jusqu'à la base du crâne.

On recuse l'indication de curage ganglionnaire cervical droit.
Mise en route d'une chimiothérapie par Méthotrexate.

Le malade est décédé 2 mois après dans un tableau de reprise évolutive régionale.

**

72-2175 : Monsieur B..... Henri, 61 ans , était porteur en novembre 1972 d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant du plancher buccal sans adénopathie satellite.

Stade : T_3N_0 UICC
T_4N_0 MDAH

Cobaltothérapie délivrant une dose de 5000 rads au niveau lésionnel.
On pratique ensuite un surdosage par deux temps curiéthérapiques délivrant succesivement 2240 rads et 1000 rads.

Résultat primaire : Petit reliquat lésionnel. Disparition de tout le contingent exophytique lésionnel.
Pas d'adénopathie.

1 mois après : Reprise évolutive avec apparition d'adénopathies sous-digastriques gauches.

Le 5 mars 1973 : Curage ganglionnaire cervical gauche fonctionnel.
Aucunedes cinq adénopathies jugulo-carotidiennes n'était envahie par la métastase du carcinome.
La glande sous-maxillaire et le tissu cellulo-adipeux sus-hyoïdien étaient également indemnes de tout envahissement.

Dans les suites, on note le contrôle de la lésion primitive.
Apparition d'une fibrose cervicale.

32 mois après, il n'existe aucun signe de reprise évolutive loco-régionale ou générale.

**

74-871 : Madame C..... Pauline, était porteuse d'un carcinome malpighien peu différencié et non kératinisant du sinus maxillaire gauche s'accompagnant

d'une adénopathie sous-maxillaire gauche.

Stade : non prévu par la classification UICC
MDAH

Cobaltothérapie à visée palliative délivrant une dose de 7500 rads au niveau lésionnel. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads. La région sous-digastrique gauche a reçu 5000 rads par électronthérapie. Surdosage sous-maxillaire gauche par électronthérapie.

Résultat primaire : Régression presque complète de la lésion primitive. Régression complète de l'adénopathie sous-maxillaire gauche.

La tolérance a été moyenne avec apparition d'une conjonctivite.

4 mois après : Reprise évolutive ganglionnaire sous-maxillaire gauche.

On pratique alors un curage ganglionnaire sous-maxillaire gauche. Le ganglion prélevé était envahi par la métastase du carcinome avec rupture capsulaire et envahissement du tissu conjonctif de voisinage. Présence d'embols néoplasiques dans les veines et les lymphatiques.

**

75-82 : Monsieur C..... Marcel, 76 ans, était porteur en août 1973 d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant de la luette sans adénopathie.

Stade initial : T_2N_0 UICC
T_2N_0 MDAH

Intervention chirurgicale avec ablation de la tumeur.
Radiothérapie post-opératoire (dose inconnue).

Octobre 1974 : Reprise évolutive ganglionnaire avec adénopathie sous-digastrique droite.

Le 19 octobre 1974 : Curage ganglionnaire cervical droit radical.

Janvier 1975 : Nouvelle reprise évolutive ganglionnaire avec adénopathie controlatérale sous-digastrique gauche.

Le 23 janvier 1975 : Biopsie exérèse. Le ganglion prélevé était massivement envahi par la métastase du carcinome avec rupture capsulaire.

Le 6 Février 1975 : Reprise chirurgicale avec curage ganglionnaire cer-

vical gauche conservateur.
Aucun des 9 ganglions prélevés n'était envahi par la métastase du carcinome.

Une indication d'irradiation post-opératoire avait été posée, mais elle n'a pas été pratiquée, car le malade n'a pas été revu.

**

73-905 : Monsieur D..... André, 50 ans, était porteur en juillet 1971 d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant de la corde vocale gauche sans adénopathie.

Stade : T_2N_0 UICC
T_2N_0 MDAH

Cobaltothérapie au niveau de la lésion primitive seule (Dose non connue).

Mai 1973 : Reprise évolutive locale et ganglionnaire avec une adénopathie jugulo-carotidienne moyenne gauche.

Le 17 mai 1973 : Pharyngo-laryngectomie totale avec curage ganglionnaire cervical gauche radical.
La pièce opératoire était massivement envahie par le carcinome. les tranches de section chirurgicales étaient indemnes de tout envahissement.
La masse ganglionnaire était envahie par la métastase du carcinome et était necrosée en son centre.

Cobaltothérapie post-opératoire délivrant une dose de 4600 rads au niveau cervical. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 4600 rads à gauche et 4000 rads à droite. Les aires ganglionnaires cervicales postérieures gauches ont reçu 4500 rads.

Bonne tolérance sur le plan général.

Apparition d'une sclérose cervicale.

Avril 1974 : Laminectomie avec section des racines cervicales postérieures droites jusqu'en C_5.

Mai 1974 : 2ème reprise évolutive ganglionnaire avec efflorescence ganglionnaire cervicale gauche et présence de nodules de perméation sur la cicatrice du curage.

Le malade est décédé le 16 juin 1974 dans un talbeau de poursuite de l'évolution régionale.

**

74-358 : Monsieur G..... Charles, était porteur en janvier 1974 d'une récidive locale d'un carcinome glottique traité par irradiation externe en 1971.

Stade initial : T_2N_0 UICC
T_2N_0 MDAH

Le 21 février 1974 : Laryngectomie totale avec curage ganglionnaire cervical bilatéral modifié.
La pièce opératoire était massivement envahie par un carcinome malpighien bien différencié et kératinisant. Les tranches de section chirurgicales étaient indemnes de tout envahissement.
Aucun des 7 ganglions prélevés n'était le siège de la métastase du carcinome.

Les suites opératoires sont marquées par la survenue d'une hémorragie endo-buccale et cervicale au niveau de l'incision.

Désunion de la suture pharyngée avec érosion de la veine jugulaire externe.

Le malade est décédé 4 jours après dans ce tableau hémorragique.

**

73-2366 : Monsieur L..... Henri, 68 ans, était porteur en novembre 1973 d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant du méso et de l'hypopharynx. Pas d'adénopathie satellite.

Stade : T_3N_0 UICC
T_3N_0 MDAH

Cobaltothérapie au niveau lésionnel délivrant une dose de 5300 rads. Surdosage à ce niveau par photonthérapie de 25 MeV jusqu'à une dose de 7000 rads.

Résultat primaire : Disparition complète de la lésion primitive.
Pas d'adénopathie satellite.

La tolérance pendant le traitement a été moyenne : persistance de la dysphagie et de la dysphonie , amaigrissement de 3 kgs, radiomucite punctiforme.

5 mois après : Récidive dans une zône marginale ayant reçu une dose

de l'ordre de 4500 rads à 5000 rads sous la forme d'une adénopathie dure, fixée au maxillaire inférieur, retro-angulo-maxillaire droite.

Pas de récidive au niveau de la lésion primitive.

Le 10 avril 1974 : Curage jugulo-carotidien droit fonctionnel.
L'adénopathie prélevée est en fait une glande parathyroïde négative à l'examen histologique.

Les suites sont marquées par une infiltration au niveau de la cicatrice de curage et par la poursuite de l'intoxication ethylo-tabagique.

Le patient est décédé le 30 octobre 1974.

**

73-1996 : Monsieur B..... Charles, 50 ans, était porteur en août 1973 d'un adénocarcinome du sinus maxillaire droit sans adénopathie.

Le 21 août 1973 : intervention de LIMA.

Mise en route d'une chimiothérapie délivrant 300 mg de Bléomycine. Cobaltothérapie et surdosage par électronthérapie délivrant une dose de 7000 rads au niveau lésionnel.

10 mois plus tard : efflorescence ganglionnaire bilatérale prédominant à droite, avec un nodule de perméation au niveau de la joue droite.

Le 29 Mai 1974 : Curage ganglionnaire cervical droit radical, gauche modifié.
à droite : les 49 ganglions prélevés étaient tous envahis par la métastase du carcinome avec rupture capsulaire, extension au tissu conjonctif et au muscle de voisinage. Présence d'embols lymphatiques néoplasiques.
à gauche : 14 des 16 ganglions prélevés étaient envahis par la métastase du carcinome et 10 d'entre eux présentaient une rupture capsulaire avec des embols lymphatiques néoplasiques
Le nodule jugal était envahi par la métastase du carcinome.
Il existait une indifférenciation anaplasique à tous les niveaux.

Electronthérapie post-opératoire délivrant une dose de 6500 rads. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires droites ont également reçu 6500 rads.

Septembre 1974 : Récidive locale volumineuse au niveau de la région ethmoïdo-maxillaire.

Malade non revu.

72-1801 : Monsieur H..... Gaston, 73 ans, était porteur en septembre 1972 d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant du larynx sus-glottique s'accompagnant d'une adénopathie jugulo-carotidienne moyenne droite mobile.

Stade : T_3N_1b UICC
T_3N_2A MDAH

Cobaltothérapie délivrant une dose de 7000 rads au niveau cervical.
Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 6000 rads des deux côtés.
Disparition de la lésion primitive.
Pas d'adénopathie en fin d'irradiation.

Juin 1974 : Reprise évolutive ganglionnaire cervicale droite dans le volume traité.

Le 17 Juin 1974 : Curage ganglionnaire cervical droit radical.
La masse était envahie par la métastase du carcinome avec rupture capsulaire ; extension au tissu conjonctif et au muscle de voisinage.
Présence d'embols lymphatiques néoplasiques.
Extension à la carotide interne.

Electronthérapie post-opératoire délivrant une dose de 4000 rads au niveau des aires ganglionnaires spinales.

5 mois après : récidive ganglionnaire en regard de l'aile du cartilage thyroïde à droite en dehors du volume traité par électronthérapie.

Le 20 octobre 1974 : adenectomie. Il s'agissait en fait d'un embol néoplasique dans les tissus cellulaires.

Curiéthérapie délivrant une dose de 4000 rads à ce niveau.

**

73-2156 : Monsieur P..... René, 45 ans, était porteur en octobre 1973 d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant du bord marginal droit de la langue sans adénopathie.

Stade : T_2N_0 UICC
T_2N_0 MDAH

Cobaltothérapie délivrant une dose de 5100 rads. Surdosage de 2500 rads par curiethérapie sur le reliquat lésionnel.
Régression incomplète de la lésion primitive.
Pas d'adénopathie en fin d'irradiation.

6 mois après : reprise évolutive locale
reprise évolutive ganglionnaire sous-digastrique droite.

Le 23 avril 1974 : Glossectomie partielle droite avec curage ganglionnaire cervical droit radical.
La pièce opératoire confirme la récidive.
2 des 6 ganglions prélevés étaient envahis par la métastase du carcinome et l'un d'entre eux présentait une rupture capsulaire.
Les tranches de section étaient envahies par le processus néoplasique.

Poursuite de l'évolution locale vers la loge amygdalienne.

Le 19 Juin 1974 : hémiglossectomie droite étendue à la loge amygdalienne.
Il n'existait pas d'envahissement de la pièce d'exérèse.

Apparition d'un oedème local et d'une fibrose cervicale dans les suites.
Le malade présente ensuite un trismus.

Il est décédé en août 1975 dans un état de cachexie sans signe de récidive loco-régionale.

**

73-0877 : Monsieur M..... Pierre, 40 ans, était porteur en septembre 1972 d'un carcinome du larynx sus-glottique (aryténoïde gauche) sans adénopathie.

Stade : T_3N_0 UICC
T_3N_0 MDAH

Cobaltothérapie délivrant une dose de 5000 rads.
Mise en route d'une chimiothérapie par Bléomycine
puis Endoxan, Methotrexate.

7 mois après : reprise évolutive ganglionnaire sous-digastrique gauche.

Le 3 mai 1973 : Curage ganglionnaire cervical gauche radical.
La masse était envahie par la métastase du carcinome sans rupture capsulaire.
Les 5 autres ganglions prélevés étaient indemnes de tout envahissement.

Electronthérapie post-opératoire délivrant une dose de 5000 rads au niveau cervical. Les aires ganglionnaires sus-claviculaires ont reçu 5000 rads par Cobaltothérapie.

34 mois après le premier traitement et 25 mois après la récidive, il n'existe aucun signe de récidive loco-régionale ni d'évolution générale.

**

72-1667 : Monsieur M..... Pierre, 65 ans, était porteur en juillet 1972 d'un carcinome malpighien différencié et kératinisant de la base de la langue sans adénopathie.

Stade : T_3N_0 UICC
T_3N_0 MDAH

Cobaltothérapie délivrant une dose de 5000 rads au niveau de la lésion primitive et des adénopathies cervicales. Surdosage de 2500 rads au niveau du reliquat lésionnel par curiethérapie.

Disparition complète de la lésion primitive.

5 mois après : Reprise évolutive ganglionnaire jugulo-carotidienne gauche.

le 5 mars 1973 : Curage ganglionnaire cervical gauche radical.
1 ganglion jugulo-carotidien présentait un envahissement par la métastase du carcinome qui était encore vivace.

Le malade est décédé en octobre 1973 de cachexie dans un tableau de reprise évolutive ganglionnaire cervicale.

**

ANALYSE DU TROISIEME GROUPE.

Nous étudions dans ce chapitre les patients ayant eu une radiothérapie pour un carcinome cervico-facial et ayant présenté dans un délai plus ou moins long une reprise évolutive ganglionnaire qui a fait l'objet d'une exérèse chirurgicale.

344 malades ont reçu une radiothérapie exclusive au niveau de la lésion primitive et des aires ganglionnaires. Cette modalité thérapeutique a entrainé 27 échecs ganglionnaires isolés et 34 récidives ganglionnaires associées à une récidive de la lésion primitive.

Chez 12 malades sur 27 ayant présenté une récidive ganglionnaire isolée et chez 4 malades sur 34 où elle était associée à une récidive de la lésion primitive, la modalité thérapeutique adoptée devant cet échec clinique a été chirurgicale, représentant 20 évidements ganglionnaires cervicaux dont 4 bilatéraux.

1 - *Statut carcinologique initial de ces 16 patients.*

Lésion primitive :

- Localistaiton : Cavité buccale 4
  Oropharynx 3
  Larynx supra-glottique 3
  Larynx glottique 2
  Sinus de la face 2
  Hypopharynx 1
  Estésioneuroépithéliome 1

- Stade UICC de la lésion primitive.

T_1	T_2	T_3	T_4	TOTAL
0/53	6/101	7/100	0/62	13/319

+ 2 sinus de la face
1 estésioneuroépithéliome

- stade MDAH de la lésion primitive :

T_1	T_2	T_3	T_4	TOTAL
0/53	6/104	5/93	2/66	13/319

Adénopathies.

- stade UICC des adénopathies

N_0	N_1a	N_1b	N_2a	N_2b	N_3	TOTAL
11/202	0	1/44	0	0/15	1/58	13/319
11/221		4/50				16/344

- stade MDAH des adénopathies

N_0	N_1	N_2A	N_2B	N_3A	N_3B	TOTAL
11/202	0/36	1/16	0/7	0/25	1/33	13/319
11/221	1/39	3/19				16/344

Nous analyserons la répartition de ces malades plus tard, car il faut tenir compte des échecs ganglionnaires de la radiothérapie exclusive qui n'ont pas fait l'objet d'une exérèse chirurgicale.

2 - *Premier traitement pratiqués chez ces malades.*

14 malades ont subi une irradiation au niveau de la lésion primitive et des aires ganglionnaires cervicales.

Dose au niveau de la lésion primitive :

- 5000 rads 0 cas
- 6000 rads environ 6 cas
- 7000 rads environ 2 cas
- Plus de 7000 rads 6 cas

Dose au niveau ganglionnaire cervical :

- 5000 rads 6 cas
- 6000 rads environ 3 cas
- 7000 rads environ 5 cas
- Plus de 7000 rads 0 cas

On remarque les faibles doses reçues au niveau ganglionnaire cervical et les doses relativement élevées reçues au niveau lésionnel.

2 malades ont eu une radiothérapie exclusive au niveau de la tumeur primitive. Il s'agissait de malades porteurs d'un carcinome du larynx glottique sans adénopathie.

Chez 3 de ces malades, un geste chirurgical a été pratiqué sur la lésion primitive et une radiothérapie exclusive au niveau ganglionnaire cervical.

Une chimiothérapie a été instituée chez 4 patients, avant la radiothérapie dans 3 cas, après la radiothérapie dans 1 cas.

3 - *Indication du curage ganglionnaire cervical* :

Il s'agit donc d'une récidive ganglionnaire clinique après radiothérapie exclusive à ce niveau. Dans quels délais est-elle apparue chez ces malades irradiés.

	Pendant la radiothérapie	<6 mois	6mois-1an	1an-2ans	> 2ans
DELAI	1	5	5	3	2

Un malade a donc présenté une reprise évolutive ganglionnaire clinique en cours d'irradiation, témoignant du caractère très évolutif de son affection carcinologique.

Ces récidives ganglionnaires se sont produites

- dans le volume irradié dans 12 cas
- en dehors du volume irradié dans 4 cas

La récidive ganglionnaire était isolée chez 12 malades :

- homolatérale 9 cas
- controlatérale 1 cas
- bilatérales 2 cas.

Une fois de plus , on note la très faible fréquence de récidive controlatérale ganglionnaire chez les malades irradiés.

La récidive ganglionnaire était associée à une reprise évolutive lésionnelle chez 4 malades :

- homolatérales 3 cas
- bilatérales 1 cas.

4 - *Mode thérapeutique adopté pour cette récidive.*

On a pratiqué chez ces 16 malades 20 curages ganglionnaires cervicaux dont 4 bilatéraux. Un évidement ganglionnaire radical a été réalisé 10 fois, fonctionnel, 6 fois.

On retrouve ici un nombre supérieur d'interventions radicales qui s'expliquent par :

- leur nécessité plusimpérative que dans le deuxième groupe de patients du fait de la récidive ganglionnaire clinique;
- leur possibilité technique plus abordable car effectuée dans un délai plus long après l'irradiation.

Le curage a été associéau traitement chirurgical de la lésion primitive non stérilisée chez 4 malades.

Chez 4 malades, il a été de nouveau pratiqué une radiothérapie postopératoire, recoupant partiellement le premier volume irradié. Il n'a jamais été tenté bien entendu de réirradier l'ensemble d'un territoire ayant reçu 5000 rads ou plus. L'irridiumthérapie interstitielle n'a jamais été tentée dans notre série. L'emploi des électrons obtenus par un accélérateur linéaire a grandement facilité cette modalité thérapeutique.

5 - *Analyse histologique* :

L'examen anatomo-pathologique ne peut apprécier que l'existence de stigmates d'envahissement antérieur. Il a montré que chez 3 malades, la récidive était uniquement une mauvaise appréciation de l'examen clinique, puisqu'il n'a été retrouvé aucun envahissement. Il s'agit principalement de la confusion avec une glande sous-maxillaire fibrosée après radio-

thérapie dans deux cas et d'un nodule para-thyroïdien dans un cas.

13 malades présentaient toujours des stigmates d'envahissement ganglionnaire par la métastase du carcinome.

Etudions l'importance de cet envahissement.

Pas d'envahissement ganglionnaire	envahissement moyen	envahissement massif
3/16	8/16	5/16

4 malades présentaient une fonte nécrotique ganglionnaire après irradiation.

3 malades sur les 13 présentant des stigmates d'envahissement ganglionnaire ont eu leurs adénopathies stérilisées par l'irradiation.

6 malades sur 16 ont donc été stérilisés au niveau ganglionnaire par la radiothérapie exclusive.

8 malades soit 50 % présentaient des signes de rupture capsulaire et 5 d'entre eux des embols lymphatiques et veineux néoplasiques.

Etudions la présence de la rupture capsulaire en fonction de l'importance de l'envahissement.

Pas d'envahissement ganglionnaire	envahissement moyen	envahissement massif
0/3	4/8	4/5

Il existe donc une relation caractéristique entre l'importance de l'envahissement ganglionnaire et la présence d'une rupture capsulaire.

6 - *Complications - séquelles.*

3 malades ont présenté des complication majeures :

- 1 hémorragie de la carotide
- 1 désunion de cicatrice
- 1 dysphagie persistante.

Là encore, comme dans le deuxième groupe on note un taux élevé des séquelles chez ces malades où le curage ganglionnaire a été effectué dans des tissus irradiés.
En effet, 13 malades sont porteurs de séquelles :

13 cas de fibrose sous-cutanée .
1 retard de cicatrisation.
2 cas d'asialie .
4 oedèmes, principalement sous-mental avec jabot post-radiothérapique.
1 cas de sclérose.

7 - *Résultats carcinologiques.*

1 malade a été perdu de vue.

5 malades sur les 16 sont actuellement vivants. Etudions leur statut carcinologique.

	< 6 mois	6mois-1an	1an-2ans	> 2ans	
Malade sans évolution carcinologique	0	0	2	2	4
Malade vivant avec évolution carcinologique	0	0	0	1	1

4 malades sur les 16 vivent sans signes cliniques ou paracliniques d'évolution loco-régionale ou générale.

10 malades sur les 16 sont décédés. Etudions dans quels délais est survenu le décès et quelle en est la cause.

	6 mois	6mois-1an	1an-2ans	2ans-3ans	+ de 3 ans
DELAI	1	1	6	1	1

Là encore, la grande majorité des décès surviennent dans les deux premières années, principalement ici dans la deuxième année.

Causes du décès : Récidive locale 2
Récidive loco-régionale 1
Récidive ganglionnaire pure 3
Evolution métastatique 2

Mort post-opératoire 1
Cause intercurrente 1

4 malades sur 16 ont donc décédé d'un deuxième échec ganglionnaire, isolé, dans 3 cas et associé à une reprise évolutive lésionnelle dans 1 cas.

8 - *Nouvelles évolutions observées* : (après cette première reprise évolutive ganglionnaire tant chez les malades vivants que décédés).

- Récidive locale 3 cas
- Récidive loco-régionale 2 cas
- Récidive ganglionnaire isolée 4 cas
- Evolution métastatique 2 cas

6 malades ont donc présenté une deuxième reprise évolutive ganglionnaire, qui a été isolée dans 4 cas. Elle a entrainé le décès du patient dans 4 cas. Elle s'est toujours produite dans le volume irradié et a été

- homolatérale dans 3 cas.
- Controlatérale dans 2 cas.
- bilatérale dans 1 cas.

Les deux évolutions métastatique ont toujours entrainé le décès du patient.

2 des 6 échecs ganglionnaires, après nouvelle exérèse chirurgicale limitée (adénectomie) sont actuellement vivants sans aucun signe de reprise évolutive loco-régionale ou générale.

DISCUSSION.

Jusqu'à présent, nous n'avons envisagé dans cette étude que les patients ayant eu un curage ganglionnaire cervical au cours du traitement initial ou de l'évolution de leur maladie. Si l'on veut définir au mieux les indications de la chirurgie ganglionnaire, il faut la replacer dans le contexte de l'ensemble de patients traités pour un carcinome cervico-facial.

Dans ce chapitre, nous allons considérer deux groupes :

1) les patients ayant eu un curage ganglionnaire planifié au cours de leur traitement initial et que l'on a divisé en 2 sous-groupes selon que le geste chirurgical a été effectué avant ou après radiothérapie.

2) Les patients traités par radiothérapie exclusive sur les aires ganglionnaires, groupe auquel sera ajouté celui précédemment étudié, où la chirurgie ganglionnaire n'est intervenue que secondairement, après une récidive ganglionnaire.

A- STATUT CLINIQUE INITIAL DES MALADES.

1) *Distribution par stade lésionnel et ganglionnaire des malades traités par association radio-chirurgicale planifiée.* (par rapport au nombre total de malades de même stade quelque soit le traitement).

2 tableaux résument cette distribution dans les deux systèmes de classification utilisés, celui de l'Union Internationale Contre le Cance et celui du MD Anderson Hospital (Houston).

T \ N	0	1a	1b	2a	2b	3	TOTAL
0		0	10/10	0	0/0	4/7	14/17
1	0/45	0	1/7	0	0/0	2/4	3/56
2	1/73	0	8/31	0	0/2	5/9	14/115
3	4/64	0	28/43	0	1/14	29/41	62/162
4	2/27	0	7/7	0	0/0	4/41	13/75
TOTAL	7/209	0	54/98	0	1/16	44/102	106/425

Stades UICC des malades traités par association radio-chirurgicale planifiée par rapport au nombre total de malades de même stade.

T \ N	0	1	2A	2B	3A	3B	TOTAL
0		1/1	7/7	2/2	4/7	0/0	14/17
1	0/45	0/4	1/3	0/0	2/2	0/2	3/56
2	1/73	3/17	1/13	1/3	4/6	1/3	11/115
3	4/64	4/21	19/20	5/8	8/16	21/25	61/154
4	2/27	6/7	4/5	1/3	1/13	3/28	17/83
TOTAL	7/209	14/50	32/48	9/16	19/44	25/58	106/425

Stades MDAH des malades traités par association radio-chirurgicale planifiée par rapport au nombre total de malades de même stade.

+ 5 parotides : 5 N_0/24 N_0 non classables
0 N_1/3 N_1
0 N_2A/3 N_2A

Une simple comparaison de la répartition des groupes dans le système UICC et MDAH montre que la finesse de l'analyse du statut ganglionnaire est supérieure dans le deuxième qui fait entrer en ligne de compte le volume de l'adénopathie et la multiplicité des ganglions.

La classification UICC pénalise sans aucun doute les stades 1 qui sont au nombre de 98 alors qu'on en retrouve que 50 dans la classification MDAH. Le nombre des stades 3 est identique dans les deux classifications, mais la subdivision en stade 3A et 3B dans le système de Houston peut également assurer une étude plus approfondie.

Il ressort de l'analyse des indications d'association radio-chirurgicale que celles-ci ont pris une part majeure dans le groupe des patients T_0 , c'est à dire adénopathies cervicales en apparence primitives (14 curages ganglionnaires chez 17 patients). Peu de malades N_0 ont subi un curage ganglionnaire cervical. (12 curages ganglionnaires chez 233 patients). Ceci est du à la confiance donnée à la radiothérapie effectuée à la dose de 5000 rads dans nos orientations thérapeutiques. La fréquence du recours au curage ganglionnaire cervical va rester ensuite à peu près la même dans tous les stades N_2 et N_3 (environ la moitié des cas).

2.) *Distribution par stade lésionnel et ganglionnaire des malades traités par radiothérapie exclusive*. (par rapport au nombre total de malade du même stade quelque soit le traitement).

Les 2 tableaux suivants montrent la distribution des malades traités par radiothérapie exclusive par rapport à l'ensemble des malades.

T \ N	0	1a	1b	2a	2b	3	TOTAL
0		0	0/10	0	0/0	3/7	3/17
1	45/45	0	6/7	0	0/0	2/4	53/56
2	72/73	0	23/31	0	2/2	4/9	101/115
3	60/64	0	15/43	0	13/14	12/41	100/162
4	25/27	0	0/7	0	0/0	37/41	62/75
TOTAL	202/209	0	44/98	0	15/16	58/102	319/425

Stades UICC des malades traités par Radiothérapie exclusive par rapport au nombre total des malades du même stade. (y compris 16 malades qui ultérieurement seront repris par chirurgie après échec ganglionnaire).

T \ N	0	1	2A	2B	3A	3B	TOTAL
0		0/1	0/7	0/2	3/7	0/0	3/17
1	45/45	4/4	2/3	0/0	0/2	2/2	53/56
2	72/73	14/17	12/13	2/3	2/6	2/3	104/115
3	60/64	17/21	1/20	3/8	8/16	4/25	93/154
4	25/27	1/7	1/5	2/3	12/13	25/28	66/83
TOTAL	202/209	36/50	16/48	7/16	25/44	33/58	319/425

Stades MDAH des mêmes malades.

+ 10 parotides

+ 15 sinus de la face

19 N_0 24 N_0 non classables

3 N_1 / 3 N_1

3 N_3A / 3 N_2A

Les mêmes remarques sont à faire en ce qui concerne les systèmes de classification UICC et MDAH. Ces deux tableaux sont en fait les miroirs de ceux décrits précédemment.

On note la prédominance de la radiothérapie exclusive dans le traitement des patients N_0 (202 sur 209 malades).

Au total sur 455 malades, 344 ont bénéficié de la radiothérapie comme seul traitement initial.

B - *RESULTATS.*

1) *Association radiochirurgicale.*

Nous avons donc divisé en deux sous-groupes les patients soumis à une association radio-chirurgicale, selon qu'il s'agissait d'un curage ganglionnaire avant ou après radiothérapie.

Nous ne reprendrons pas dans le détail l'analyse réalisée au cours des chapitres précédents mais en soulignerons simplement les résultats les plus significatifs.

Nous n'avons considéré dans les tableaux suivants que les récidives ganglionnaires isolées, survenant chez des patients controlés au niveau de la lésion primitive. Ce sont en effet les seuls échecs ganglionnaires

vrais dont peut être tenu responsable le traitement initial puisque la notion de réensemencement à partir de la lésion primitive ne peut pas être incriminée.

- Curages ganglionnaires premiers

N_0	N_1a	N_1b	N_2a	N_2b	N_3
2/7	0	4/39	0	0/1	7/27
2/12					

Récidives ganglionnaires en fonction du stade UICC initial

N_0	N_1	N_2A	N_2B	N_3A	N_3B	TOTAL
2/7	2/7	2/25	0/7	6/17	1/11	13/74
2/12						13/79

Récidives ganglionnaires en fonction de stade MDAH initial

- Curages ganglionnaires planifiés après radiothérapie

N_0	N_1a	N_1b	N_2a	N_2b	N_3	TOTAL
0/0	0	1/14	0	0/0	0/10	1/24

Récidives ganglionnaires en fonction du stade UICC initial

N_0	N_1	N_2A	N_2B	N_3A	N_3B	TOTAL
0/0	0/6	0/6	1/2	0/1	0/9	1/24

Récidives gangionnaires en fonction du stade MDAH initial

L'étude d'ensemble révèle un nombre limité d'échecs ganglionnaires isolés dans les 2 sous-groupes, mais ce nombre est plus élevé dans le cas des curages premiers (13 récidives chez 79 patients soit 16 %) que dans celui des curages suivant l'irradiation de la lésion primitive et des aires ganglionnaires (1 récidive chez 24 patients soit 4 %).

Nos résultats sont en parfaite corrélation avec ceux présentés récemment par FLETCHER et SCHNEIDER dans ce type d'association.
Il s'agit là d'une donnée récente permise par les modifications techniques des gestes chirurgicaux impossibles selon les techniques radicales après de telles doses, mais pouvant être réalisés avec les soins que nous avons déjà signalés.

2) *Radiothérapie exclusive* :

N_0	N_1a	N_1b	N_2a	N_2b	N_3	TOTAL
13/200	0	8/38	0	0/14	6/41	27/293
13/217		8/38				27/310

Récidives ganglionnaires en fonction du stade UICC initial.

N_0	N_1	N_2A	N_2B	N_3A	N_3B	TOTAL
13/200	0/33	5/16	3/3	3/20	3/21	27/293
13/217	0/33	5/16				27/310

Récidives ganglionnaires en fonction du stade MDAH initial

On observe au total 27 échecs ganglionnaires isolés chez 310 patients soit 9 %.

L'analyse par stade ganglionnaire permet de confirmer les données de la littérature en ce qui concerne la valeur de la radiothérapie exclusive à des doses de l'ordre de 5000 rads pour le traitement des

agrégats ganglionnaires néoplasiques infra-cliniques : on sait cette radiothérapie efficace dans 90 % à 95 % des cas. Les 13 récidives ganglionnaires observées chez les 217 malades N_0, soit 6 % vérifient d'une façon quasi-expérimentale les données cliniques et radiobiologiques soulignées par l'équipe de Houston.

Aucun échec n'est noté pour les malades N_1 MDAH.

Les échecs les plus importants sont observés dans les groupes des malades N_2A (5 échecs sur 16 malades) et N_2B (3 échecs sur 3 malades). Ceci souligne à quel point le rôle de la chirurgie est essentiel dans le traitement des adénopathies supérieures à 3 cm ou multiples, puisque dans le groupe d'association radio-chirurgicale, les échecs dans ces mêmes stades n'étaient que de 3/40 soit 7,5 %.

En ce qui concerne les adénopathies unilatérales fixées et bilatérales, mobiles ou fixées (N_3A et N_3B), la radiothérapie exclusive est suivie de 6 échecs ganglionnaires isolés sur 41 malades soit 15 %. Ces chiffres sont tout à fait comparables à ceux des associations radio-chirurgicales et s'expliquent par le fait que des doses très élevées sont délivrées sur ces adénopathies dans le cadre de la radiothérapie exclusive.

Il faut également souligner que le nombre d'échecs loco-régionaux et métastatiques dans ces deux stades est beaucoup plus élevé que dans tous les autres et que la valeur de l'analyse des échecs ganglionnaires isolés est moindre en ce qui les concerne.

C- *SYNTHESE*

La nécessité d'une analyse rigoureuse nous a conduit à des divisions en groupes multiples, habituelles pour les carcinologues, mais bien déroutantes pour la plupart des praticiens. Les moyens utilisés par chirurgiens et radiothérapeutes étant destinés à amener le contrôle des tumeurs sur le plan local et ganglionnaire, nous sommes conduits à limiter notre analyse et à la segmenter pour juger de l'efficacité de ces thérapeutiques et de leurs associations à chacun de ces niveaux. Nous ne perdrons de vue à aucun instant que nous traitons un malade, et qu'il importe peu à ce dernier que l'échec soit local exclusif, ganglionnaire isolé, ou loco-régional. Pour lui , la poursuite de l'évolution de la maladie quelle qu'elle soit représente un échec de la thérapeutique.

Les seules possibilités d'amélioration qui sont laissées aux carcinologues chirurgiens ou radiothérapeutes sont celles qui consistent à essayer d'améliorer au maximum le résultat de leur thérapeutique loco-régionale. C'est la raison pour laquelle, le détail de notre analyse a été effectué pour tenter de mieux comprendre les causes d'échecs relevant exclusivement des thérapeutiques mises en oeuvre afin de pouvoir les éviter à l'avenir.

Notre dernier tableau résume globalement en fonction des différents stades ganglionnaires MDAH la totalité des échecs locaux, loco-régionaux et associés. Nous avons appelé :

T les récidives de la lésion primitive
N les récidives ganglionnaires isolées
TN les récidives loco-régionales.

Ces groupes représentant toutes les modalités des récidives possibles sont comparés avec le groupe de patients ayant présenté un échec ganglionnaire isolé .
Le nombre total de récidive ganglionnaire , indépendamment du contrôle ou non de la lésion primitive est élevé à 83 cas sur 455 malades soit 18 %. Ce chiffre croit régulièrement avec le stade ganglionnaire de la classification MDAH confirmant s'il en était encore besion le bien fondé de cette classification.

Le groupe des malades N_2B (ganglions multiples unilatéraux) ne suit pas exactement cette progression, puisqu'il est le plus élevé avec 8 récidives sur 16 malades. Le faible nombre de patients par rapport aux autres groupes peut l'expliquer dans une certaine mesure, mais nous croyons surtout à la gravité pronostique de la multiplicité des sièges ganglionnaires envahis, fait déjà souligné dans un certain nombre de travaux.

La comparaison avec le tableau des échecs ganglionnaires isolés montre que ceux-ci ne surviennent que dans 10 % des cas (41/413). Il apparait très clairement que le risque d'évolution ganglionnaire des malades N_0 ou N_1 (MDAH) est pratiquement superposable : respectivement 6,5 % et 4 %. Il n'a été observé aucun échec dans la radiothérapie exclusive des malades N_1.

Type de l'échec	nombre total	N_0 233	N_1 53	N_2A 51	N_2B 16	N_3A 44	N_3B 58
T	66/455 14 %	35/233 15 %	14/53 26 %	7/51 14 %	0/16 0 %	3/44 7 %	7/58 12 %
TN	42/455 9 %	4/233 2 %	7/53 13 %	3/51 6 %	4/16 25 %	6/44 14 %	18/58 31 %
T+TN	108/455 23 %	39/233 17 %	21/53 40 %	10/51 20 %	4/16 25 %	9/44 20 %	25/58 43 %
TN+N	83/455 18 %	19/233 8 %	9/53 17 %	10/51 20 %	8/16 50 %	15/44 34 %	22/58 38 %
T+TN+N	149/455 33 %	54/233 23 %	23/53 43 %	17/51 33 %	8/16 50 %	18/44 41 %	29/58 50 %
N	41/455-42 41/413	15/229 6,5 %	2/46 4 %	7/48 14,5 %	4/12 33 %	9/38 24 %	4/40 10 %

Chez les malades N_0 et N_1, la cause d'échec est rarement ganglionnaire comme on s'y attendait et que le pronostic dépend surtout des récidives locales et loco-régionales.

Pour les stades N_2A, la tumeur primitive et les ganglions se partagent équitablement les causes d'échecs alors que les récidives loco-régionales ne représentant que 6 % de l'ensemble des échecs de ce groupe.

Pour les stades N_2B : on ne constate aucune récidive isolée de la lésion primitive et les échecs se partagent entre les récidives loco-régionales et ganglionnaires isolées.

Pour les stades N_3A : on voit la participation importante des échecs ganglionnaires purs par rapport à l'ensemble des échecs de ce groupe.

Pour les stades N_3B : les récidives ganglionnaires isolées se font rares (10 %) alors que les échecs loco-régionaux représentent la cause principale.

En résumé, toutes les modalités de récidives tumorales isolées, ganglionnaires isolées, associées représentant 149 cas sur 455, soit 33 % d'échec des thérapeutiques loco-régionales. La récidive ganglionnaire isolée, hors de tout contexte de récidive loco-régionale ne s'élève qu'à 10 % des patients (41 cas sur 413 malades).
La comparaison de ces 2 chiffres est démonstrative de l'efficacité des thérapeutiques employées pour venir à bout des adénopathies cervicales néoplasiques des carcinomes cervico-faciaux.

CONCLUSIONS

455 malades ont été traités au Centre Georges-François Leclerc à Dijon pour un carcinome cervico-facial de mars 1972 à mars 1975. 154 évidements ganglionnaires cervicaux ont été pratiqués chez 127 malades pendant la même période.

Nous avons divisé l'ensemble des curages ganglionnaires en trois groupes selon leur place au cours du traitement ou de l'évolution.

Nos observations sont superposables aux données récentes d'autres écoles en ce qui concerne les corrélations entre les caractères cliniques et histologiques et la valeur pronostique de constatations telles que la rupture capsulaire et l'embolie lymphatique néoplasique.

L'analyse objective 41 échecs ganglionnaires isolés sur 413 malades soit 10 % . Le nombre total d'échecs ganglionnaires en ajoutant les récidives survenant de façon simultanée au niveau de la lésion primitive et des aires ganglionnaires est de 83 chez 455 malades , soit 18 %.

L'étude des résultats nous conduit à formuler ainsi les indications thérapeutiques :

- en cas de ganglions cliniquement non palpables, la radiothérapie à des doses de l'ordre de 5000 rads est suffisante pour obtenir dans 90 à 95 % des cas la stérilisation des agrégats néoplasiques infracliniques. L'efficacité en est confirmée dans l'analyse des récidives ganglionnaires controlatérales au curage qui sont pratiquement éliminées (2 chez 127 malades).

- en cas d'adénopathies cliniquement envahies, mais mobiles et inférieures à 3 cm, la radiothérapie seule peut être suffisante si elle délivre des doses de l'ordre de 7000 rads.

- Les associations radio-chirurgicales qu'il s'agisse selon le cas clinique d'une chirurgie première ou seconde par rapport à la radiothérapie sont à même de réduire à leur minimum les risques d'échecs gan-

glionnaires isolés pour l'ensemble des stades plus évolués (21 sur 88 malades présentant des adénopathies supérieures à 3 cm ou bilatérales). Le groupe des patients bénéficiant le plus de l'association radio-chirurgicale est celui présentant une adénopathie homolatérale mobile supérieure à 3 cm (N_2A MDAH) et celui des adénopathies homolatérales mobiles multiples (N_2B MDAH) . On note en effet 3 échecs ganglionnaires sur 40 malades pour l'association radio-chirurgicale et 8 échecs sur 19 malades pour la radiothérapie exclusive.

Les progrès accomplis au cours des dernières années par la meilleure utilisation de moyens thérapeutiques déjà connus ont permis de réduire d'une façon très significative les récidives locales et régionales. Les acquisitions à venir devront maintenant porter sur le traitement des métastases infra-cliniques en dehors du volume traité par chirurgiens et radiothérapeutes.

Le Président de la Thèse :

Vu et permis d'imprimer

Dijon, le 1er mars 1976

Le Doyen,

B I B L I O G R A P H I E

1/ ANDRE P, PINEL J et LACCOURREYE H,*
Prévention des accidents carotidiens dans la chirurgie cervicale large après irradiation.
Ann. Otolaryng 82/10.11 , 1965.

2/ ANDRE P,
Traitement de l'adénopathie cancéreuse du cou.
J.F.O.R.L. 24/3 , 1975.

3/ BARKLEY HT, FLETCHER GH, JESSE RH et LINDBERG RD, *
Management of cervical lymph mode metastases, in squamous cell carcinoma of the tonsillar fossa, base of tongue, supraglottic larynx and hypopharynx.
Am. J. Surg. 124 , 462-467 , 1972.

4/ BARRIE JR, KNAPPER WH et STRONG EW, *
Cervical Nodal metastases of unknown origin.
Am. J. Surg., 120, 466-470, 1970.

5/ BEAHRS OH, *
Factors minimizing mortality and morbity rates in Head and neck surgery. Hayes Martin lecture.
Am. J. Surg., 126, 443-451, 1973.

6/ BERARDI RS et al,
Cancer of the head and neck 8 years experience.
South. Med. J. 66, 1094-1100, 1973.

7/ BERGER D, FLETCHER GH, LINDBERG RD et JESSE RH,
Elective irradiation of the neck lymphatics for squamous cell carcinomas of the nasopharynx and oropharynx.
Amer. J. Roentgenol, 111/1, 1971.

8/ BLADY JV ,
The present status of treatment of cervical metastases from carcinoma arising in the head and neck region.
Am. J. Surg. 1971.

9/ CACHIN J,

Diagnostic des adénopaties cervicales malignes.
Revue de Médecine Pratique, Janv. 1959.

10/ CACHIN J, GUERRIER Y et PINEL J,

Les adénopathies cervicales néoplasiques.
Paris. Librairie Arnette 1969.

11/ CATLIN D. et STRONG EW, *

Preoperative irradiation for neck dissection.
Surg. Clin. North. Amer. 47/5 , 1967.

12/ CHOUARD C, GRELLET J, BRIGHON J et LAVAL-JANTET E ,

La lymphographie cervicale en ORL : possibilités, limites et indications.
Ann. Otolaryng. 86/12, 1969.

13/ DARGENT M., *

Evolution et traitement des adénopathies cancéreuses du cou : adénopathies secondaires et adénopathies apparemment primitives.
Revue du Praticien, 15, 2943-2950, 1965.

14/ DEBAIN J.,

Adénopathies cervicales.
Encyclopédie Médico-chirurgicale ORL, 2870-2910.

15/ DEUTSCH M et al., *

Radiotherapy for post-operative recurrent squamous Cell carcinoma in Head and neck.
Arch. Otorhinolaryngol. 98, 316-318, 1973.

16/ DOWELL KE et al., *

Systemic chemotherapy of advanced Head and neck malignancies.
Cancer, 35, 1116-1120, 1975.

17/ ENNUYER A,

A propos des tumeurs apparemment primitives du cou.
Bull. de l'Assoc. Française d'étude du cancer 1944-1945.

18/ EVERS WT,

Proceedings : Elective radiotherapy of the cervical region in carcinoma of the head and neck.
Radiol. Clin. Biol. 43, 268-270, 1974.

19/ FAYOS JV, LAMPE I, *

The therapeutic problem of metastatic neck adenopathy.
Am. J. Roentgenol. Radium. Ther. Nucl. Med. 114, 65-75 , 1972.

20/ FITZPATRICK PJ et al.,

Cervical metastases from an unknown primary tumor.
Radiology 110, 659-663, 1974.

21/ FLANDRIN P,

Apport de la radiothérapie dans le traitement des métastases ganglionnaires cervicales des cancers de la tête et du cou.
Thèse Bordeaux, 1974.

22/ FLETCHER GH, *

Elective irradiation of subclinical disease in cancers of the head and neck.
Cancer, 29, 1450, 1972.

23/ FLETCHER GH et JESSE RH,

Interaction of surgery and irradiation in head and neck cancers ; in Current Problems in Radiology, Robert D Moseley, Editor, year Book Medical Publishers, Inc, Chicago, Illinois, 1,3, 1971.

24/ FLYNN MB, JESSE RH et LINDBERG RD, *

Surgery and Irradiation in the treatment of Squamous Cell cancer of the supraglottic Larynx.
Amer. J. Surg. 124, 477-481, 1972.

25/ GARNIER H,

Table ronde sur les adénopathies apparemment primitives du cou.
Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris, Fév. 1967.

26/ GOLDMANN JL et al,

Serial microscopic studies of radical neck dissections.
Arch. Otolaryng. 89/4, 1969.

27/ GOODE RL,

Head and neck operations after radiation therapy.
Oral. Surg. 36, 170-176, 1973.

28/ GUERRIER Y, DEJEAN Y et GUERRIER B,
La lymphadenectomie cervicale bilatérale en un temps dans la chirurgie cervico-faciale.
68e congrès Français. Librairie Arnette, Oct. 1971.

29/ GUILLAMONDEGUI OM et al, *
Aggressive surgery in treatment for parotid cancer : the role of adjunctive postoperative radiotherapy.
Radiology, 123/1, 1975.

30/ HABERMALZ H et al,
Cervical lymphatic metastases in an unknown primary tumor : starting point, therapy, prognosis.
Strahlentherapie, 144, 267-275, 1972.

31/ HANKS GE, BAGSHAW MA et KAPLAN MS,
The management of cervical lymph nodes metastases by megavoltage radiotherapy.
Amer. J. Roentgenol 105/1, 1969.

32/ HENSCHKE UK et al,
Local recurrences after radical neck dissection with and without preoperative X Ray therapy.
Radiology 82/2, 1964.

33/ HENSCHKE UK,
Value of preoperative X Ray therapy as an adjunct to radical neck dissection.
Radiology, 86/3, 1966.

34/ HOOVER SV et al,
Radiotherapy for postoperative persistant cancer of the head and neck.
Otolaryngol. Clin. North. Amer. 7, 175-192, 1974.

35/ HORA JP,
Preoperative radiation therapy as an adjunctive measure to radical neck dissection : a histopatholocic study.
Laryngoscope 79/11, 1969.

36/ HUGUES A et al, *

Curage cervical après télécobaltothérapie.
Bulletin du Cancer, 56/2, 1969.

37/ JESSE RH, BARKLEY HT, LINDBERG RD et FLETCHER GH, *

Cancer of the Oral cavity : is elective neck dissection beneficial ?
Am. J. surg. 120, 505-508, 1970.

38/ JESSE RH et LINDBERG RD, *

The efficacy of combining radiation therapy with a surgical procedure in patients with cervical metastasis from squamous cancer of the oropharynx and hypopharynx.
Cancer, 35, 1163-1166, 1975.

39/ JORTAY A, DOR P et SMETS W, *

La morbidité de l'évidemment complet du cou exécuté après irradiation.
Bulletin du Cancer, 56/2, 1969.

40/ JORTAY A,

Les complications de l'évidemment complet du cou et leur prévention : à propos de 500 observations.
Acta. Chir. Belg. 72, 385-411, 1974.

41/ JURKIEWICZ MJ et BOSTWICK J, *

Surgical anatomy of the neck.
Surg. Clin. North. Amer. 54/6, 1974.

42/ KERTH JD et al,

Radical neck dissection in carcinoma of the head and neck.
Surg. Clin. North. Amer, 53, 1973.

43/ KORNBLUT AD et SHUMRICK DA, *

Complications of head and neck surgery.
Arch. Otolaryng, 94/3, 1971.

44/ KRAUSE LG, MORENO-TORRES A et CAMPOS R,

Radical neck dissection. Evaluation of 230 consecutive cases.
Arch. Otolaryng. 94/2, 1971.

45/ LEROUX-ROBERT J,

Résultats de la chirurgie et des associations radiochirurgicales dans le traitement des cancers du larynx et de l'hypopharynx (1000 cas opérés depuis plus de 5 ans).
Ann. Otolaryng 82/4-5, 1965.

46/ MAC COMB WS,

Mortality from radical neck dissection.
Amer. J. Surg. 115/3, 1968.

47/ MAC COMB WS, *

Diagnosis and treatment of metastatic cervical cancerous nodes from an unknown primary site.
Am. J. Surg. 124, 1972.

48/ MARCHETTA FC, SAKO K et MAXWELL N,

Complications after radical head and neck surgery performated through previously irradiated tissues.
Amer. J. Surg. 114/6, 1967.

49/ MILLION RR, *

Elective neck irradiation for T_xN_0 squamous carcinoma of the oral tongue and floor of mouth.
Cancer, 34, 1974.

50/ MLADICK RA et al,

Head and neck cancer : comprehensive team approach.
Med. Trial. Tech. Q. 177-182, 1973.

51/ MOORE C et al, *

Preoperative irradiation in cancer of the head and neck.
Am. J. Surg. 124, 1972.

52/ MOUNIER-KUHN P et HAGUENAUER JP,

Problèmes diagnostics posés par des adénopathies cervicales malignes primitives de l'adulte.
Rev. Laryng. Bordeaux 85, 1965.

53/ MUELLER CF et al,
Roentgenologic appearance of the chest following radical neck dissection.
Am. J. Roentgenol. Radium . Ther. Nucl. Med. 117/ 1973.

54/ PAPILLON J,
La radiothérapie des adénopathies cervicales malignes en ORL.
J. Français d'ORL, 13/7, 1964.

55/ PIQUET JJ et al, *
Les adénopathies cervicales malignes apparemment primitives.
Lille Medical 20/1, 1975.

56/ REDON H,
Les tumeurs malignes primitives du cou.
Semaine des Hôpitaux de Paris 26/86, 1950.

57/ REDON H,
Diagnostic des adénopathies cervicales chroniques.
Presse Médicale, 68/18, 1960.

58/ RENAUD-SALIS JL,
L'évidemment radical du cou.
Indications-technique-résultats
Thèse, Bordeaux. 1971.

59/ ROSWIT B et al, *
Planned preoperative irradiation and surgery for advanced cancer of the oral cavity, pharynx and larynx.
Am.J. Surg. 114/1, 1972.

60/ SCHNEIDER JJ, FLETCHER GH, et BARKLEY HT, *
Control by irradiation alone of nonfixed clinically positive lymph nodes from squamous cell carcinoma of the oral cavity, oropharynx, supraglottic larynx and hypopharynx.
Amer.J. Roentgenol 123/1, 1975.

61/ SHAH JP et TOLLEFSEN HR, *
Epidermoid Carcinoma of the supraglottic larynx : role of neck dissection in initial surgical treatment.
Amer. J. Surg. 128, 1974.

62/ SKOLNIK EM et al, *

Elective neck dissection in head and neck cancer.
Arch. Otolaryng. 87, 1968.

63/ SOUTHARD ME, KRAMER S et MANSFIELD CM, *

Advances in the management of tumors of the head and neck.
Surg. Clin. North. Amer. 47/5, 1967.

64/ STRONG EW,

Preoperative radiation and radical neck dissection.
Surg. Clin. North. Amer. 49, 1969.

65/ VANDENBERG HJ et al,

A comparison of wound healing between irradiated and non irradiated patients after radical neck dissection.
Amer. J. Surg. 110/4, 1965.

66/ VOTAVA C, FLETCHER GH, JESSE RH et LINDBERG RD, *

Management of cervical nodes, either fixed or bilateral, from squamous cell carcinoma of the oral cavity and faucial Arch.
Radiology, 105/417-420, 1972.

67/ WANG CC, SCHULZ MD et MILLER D, *

Combined radiation therapy and surgery for carcinoma of the supraglottic and pyriform sinus.
Amer. J. Surg. 124, 1972.

68/ WANG CC, *

Radiation therapy for head and neck cancers.
Cancer 36, 748-751, 1975.